

Faculté de Médecine et de Pharmacie

ANNÉE SCOLAIRE 1902-1903. — N° 8

DE LA
GROSSESSE OVARIENNE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le lundi 24 novembre 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean DOCHE

Né à Bergerac (Dordogne), le 18 avril 1879

Élève à l'École du service de Santé militaire.



LYON

A. STORCK & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

8, rue de la Méditerranée

—
1902

Faculté de Médecine et de Pharmacie

ANNÉE SCOLAIRE 1902-1903. — N° 8

DE LA

GROSSESSE OVARIENNE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le lundi 24 novembre 1902

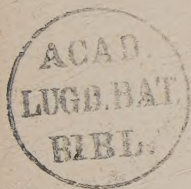
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean DOCHE

Né à Bergerac (Dordogne), le 18 avril 1879

Élève à l'École du service de Santé militaire.



LYON

A. STORCK & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

8, rue de la Méditerranée

—
1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESEUR.
CROLAS	QUESTEUR.

Professeurs honoraires

MM. PAULET, CHAUVEAU.

Professeurs	MM.
Cliniques médicales	{ LÉPINE. BONDET. BARD. PONCET. JABOULAY.
Cliniques chirurgicales	{ FOCHIER. GAYET. GAILLETON. PIERRET. WEILL. MONOYER. HUGOUNENO. CAZENEUVE. FLORENCE. LORTET. TESTUT. RENAUT. MORAT. TEISSIER. AUGAGNEUR. MAYET. TRIPIER. POLLOSSON (Maurice). ARLOING. LACASSAGNE. COURMONT (J.). SOULIER. CROLAS.
Clinique obstétricale et Accouchements	
Clinique ophtalmologique	
Cliniques des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies mentales	
Clinique des maladies des enfants	
Physique médicale	
Chimie médicale et pharmaceutique	
Chimie organique et Toxicologie	
Matière médicale et Botanique	
Parasitologie	
Anatomie	
Anatomie générale et Histologie	
Physiologie	
Pathologie interne	
Pathologie externe	
Pathologie et Thérapeutique générales	
Anatomie pathologique	
Médecine opératoire	
Médecine expérimentale et comparée	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique	
Pharmacologie	

Chargés de cours complémentaires

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Physiologie	DOYON, —
Accouchements	FABRE, —
Botanique	BEAUVISAGE, —

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX	SIRAUD	BÉRARD	VILLARD
COLLET	DURAND	SAMBUC	TIXIER
BOYER	PIC	BORDIER	FABRE
BARRAL	PAVIOT	COURMONT (P.)	REGAUD
MOREAU	NOVÉ-JOSSERAND	CHATIN	CAUSSE, ch...
VALLAS			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FOCHIER, président; CONDAMIN, assesseur;
MM. FABRE et TIXIER, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A M. le Professeur FOCHIER
MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A M. le Professeur agrégé CONDAMIN

Au moment de terminer nos études, nos remerciements vont tout d'abord à notre mère, dont l'affection dévouée a su diriger nos efforts; prématurément privé de notre père, nous avons trouvé en elle la main ferme et bonne qui nous a conduit. Le souvenir de sa constante sollicitude, de son abnégation et de ses conseils éclairés restera toute notre vie gravé dans notre mémoire. Qu'elle soit assurée de notre affectueux dévouement et de notre reconnaissance.

En venant à Lyon, nous avons laissé loin de nous d'autres êtres chers. Leur éloignement nous a fait paraître les années d'École bien longues. Ceux-là savent notre attachement. Ils savent aussi le prix que nous faisons de leur réciproque affection. Aussi l'heure où nous publions ce modeste travail est-elle pour nous doublement heureuse, puisque, en couronnant la fin de nos études, elle consacre en même temps la réalisation de nos vœux les plus chers.

A notre grand-mère, Madame Cailly, auprès de laquelle nous avons passé notre enfance et qui a toujours eu pour nous la plus tendre sollicitude, à notre chère sœur, à tous nos parents, merci pour toutes les années passées ensemble. Qu'ils soient assurés de notre affection. Nous attendrons avec impatience les heures de liberté qui nous permettront d'aller revoir

avec eux la bonne vie de famille que nous avons toujours tant goûtée.

Merci à nos Maîtres civils et militaires de ce qu'ils ont fait pour nous.

M. le Professeur agrégé Condamin a bien voulu nous confier ce travail. Nous lui demandons toute son indulgence, car, malgré notre zèle à mener à bien cette tâche, notre inexpérience gynécologique pourrait bien avoir trahi nos efforts. Nous le remercions vivement de ses conseils et de sa bienveillance à notre égard.

M. le Professeur Fochier a bien voulu consentir à présider cette thèse. L'éminence de notre Maître en obstétrique et l'autorité de son nom nous font sentir tout le prix de l'honneur qu'il nous fait.

Nous remercions vivement M. le Professeur agrégé Fabre de la complaisance avec laquelle il a mis à notre disposition des pièces histologiques relatives à notre thèse.

Nous n'oublierons point, en quittant l'École, l'accueil bienveillant que nous y avons toujours reçu de M. le Médecin-Inspecteur et de M^{me} Claudot, ni l'intérêt que nous ont manifesté MM. les Médecins-Majors Vialle et Lanne.

A Lyon, nous avons passé d'excellentes heures dans la famille de M. le Commandant Soulié et de M. le Capitaine de Royère. J'espère que les hasards de la vie militaire nous permettront un jour de les retrouver et de leur manifester toute notre reconnaissance.

Il nous reste à évoquer le souvenir de nos bons amis. Aux Docteurs Fontaine et Polliot, nos confi-

dents et nos conseillers, va d'abord l'expression de notre fraternel attachement. Nos camarades, les Docteurs Bodin, Botte et Vigneau nous ont aidé à passer le plus gaïement possible les heures de liberté ; nous n'oublierons jamais tous les services rendus, les bonnes causeries et les bonnes parties faites ensemble. Que les Docteurs Armbruster, Coze, Guillon, Lhomme et Poutrin soient assurés de notre très vive sympathie.

INTRODUCTION

De toutes les variétés de grossesses extra-utérines, la grossesse de l'ovaire a eu la fortune la plus diverse. Tour à tour admise sans contrôle, puis systématiquement niée, elle est aujourd'hui considérée comme une exception, mais l'accord est fait sur son existence.

Son histoire va nous en montrer les fluctuations. Jusque vers 1850, la littérature médicale est riche en cas de grossesses ovariennes, ou tout au moins en cas décrits comme tels. De toutes ces observations, rédigées sans le contrôle du bistouri et du microscope, pas une ne résiste à un examen rigoureux et nettement critique des faits. Tantôt il s'agit évidemment de kystes dermoïdes de l'ovaire; tantôt il s'agit bien de grossesse extra-utérine, mais, au lieu d'avoir affaire à des cas d'imprégnation véritable et de développement de l'ovule dans le tissu même de l'ovaire, on a accepté des cas que leur description rejette dans des variétés autres que la variété ovarique. A cette époque, on a même décrit comme grossesses de l'ovaire des cas où l'ovule fécondé s'était développé à l'intérieur d'un kyste tubo-ovarien préexistant.

Une réaction se produisit. Ces faits furent critiqués. Ne s'arrêtant qu'à ces cas discutables, qu'à ces interpréta-

tions erronées, quelques auteurs, des auteurs anglais principalement, en conclurent que la grossesse ovarienne n'existait pas. Tait, Doran, Bland Sutton la nièrent absolument. Clarence Webster écrivit : « Nous n'avons aucune raison de penser que les follicules de de Graaf puissent répondre à l'influence génétique, et il n'existe aucune preuve qu'une grossesse ait eu son point de départ en eux. »

Cependant des cas indiscutables de grossesse de l'ovaire avaient été signalés, les rapports anatomiques du sac fœtal avaient été minutieusement décrits, un examen microscopique du tissu effectué. Les observateurs qui les publièrent s'attachèrent à les rapprocher les uns des autres, à en faire une entité pathologique. Tous cherchèrent à en tirer les caractères fondamentaux pour guider le diagnostic dans les cas hésitants. Et la grossesse de l'ovaire trouva dans quelques savants des défenseurs zélés de sa cause. Schroeder, pour être tombé dans des exagérations, n'en a pas moins fortement contribué à montrer la possibilité d'une véritable grossesse évoluant dans le follicule de de Graaf, Cohnstein, Spiegelberg, Puech, ont beaucoup contribué à son étude et avec eux, les nombreux auteurs qui en ont publié des observations.

Parmi tous ces cas, une révision est nécessaire. Quelques-uns sont des exemples très nets de cette forme particulière de grossesse ectopique : d'autres sont discutables ; beaucoup sont à rejeter.

Tel est le but de cette étude. Un cas nouveau et des plus intéressants qui s'est produit à la clinique de gynécologie dans le service de M. le professeur agrégé Condamin, nous a engagé à l'entreprendre.

Dans un premier chapitre, nous chercherons un criterium à cette grossesse. Nous étudierons l'ensemble de caractères, de conditions que l'on doit rencontrer dans une intervention chirurgicale ou dans une autopsie pour conclure à cette variété de grossesse extra-utérine.

Dans un second chapitre, nous discuterons, forts de cet ensemble de conditions à peu près généralement admises, celles de ces observations qui nous paraissent prêter à la critique, pour en rejeter quelques-unes et pour en considérer d'autres comme très discutables, leurs caractères en étant insuffisamment précisés.

Nous examinerons en troisième lieu une série de cas à divers stades de leur développement. Leur étude nous confirmera dans notre conclusion, la possibilité du « mariage cellulaire de l'ovule et du spermatozoïde » (Auvard). Ces cas, en somme peu nombreux, nous présenteront au complet tous les caractères requis.

Nous terminerons par une étude d'ensemble sur la grossesse de l'ovaire, sur sa pathogénie, ses symptômes, sa terminaison, ses indications thérapeutiques.

Ainsi espérons-nous contribuer à donner à cette variété de grossesse ectopique la place à laquelle elle a des droits certains.

CHAPITRE PREMIER

Conditions anatomiques.

A l'histoire de toute lésion, il faut des caractères anatomiques précis, capables, en l'absence de symptômes différentiels suffisants, de guider le chirurgien dans son diagnostic, soit sur la table d'opération, soit à l'amphithéâtre. Or ici, ce diagnostic est entouré de difficultés. Nous manquons dans la plupart des cas d'un critérium absolument certain et nous devons nous contenter d'un ensemble de caractères sur lesquels le désaccord des gynécologues nous montre la difficulté d'en fixer le nombre et la valeur.

Les erreurs sont en effet faciles. Les grossesses tubaires et abdominales ont avec la grossesse de l'ovaire de si fréquents points de contact que la confusion est possible, et que la différenciation parfois délicate demande une critique rigoureuse des faits.

C'est à la faveur de ces détails en apparence sans valeur que les premiers auteurs qui s'occupèrent de la question avaient multiplié à la légère les cas de grossesse ovarique. En effet, si au début de son évolution, ce type de gros-

sesse présente des caractères relativement simples, des lésions difficilement discutables, les éléments du diagnostic deviennent infiniment plus complexes, à mesure que le sac fœtal se développe, car, en raison des nombreuses complications qui rendent nécessaire une intervention chirurgicale, il se produit des adhérences et des déplacements tels, qu'il devient très difficile, par la suite, de prouver que le fœtus s'est réellement développé dans le sein même du tissu de l'ovaire. Aussi les confusions furent fréquentes. C'est ainsi que l'on peut trouver dans de nombreuses observations la trompe participant par son extrémité externe dilatée à la formation du sac fœtal, ou bien on la voit s'étendre et s'étaler sur la paroi de la tumeur à laquelle elle adhère d'une façon absolument intime. Quant à l'ovaire, on le trouve bien parfois implanté sur la paroi du sac fœtal, mais c'est en général un organe aplati, maintenu accolé par des adhérences anciennes qui se distendent avec l'augmentation de volume du sac, ou bien secondairement uni à celui-ci après sa rupture partielle et l'expulsion du fœtus dans l'épaisseur du ligament large.

Les confusions, faciles avec les grossesses tubaires, l'étaient tout autant avec les grossesses abdominales, en particulier dans les cas où l'implantation de l'œuf s'était faite à la surface de l'ovaire. Les apparences en imposaient pour une grossesse ovarienne. Erreur, puisque l'ovule, émis par l'organe générateur, pouvait aussi bien se fixer, après sa fécondation, en un point quelconque de la cavité abdominale.

Pour éviter ces confusions, on a cherché à établir des règles rigoureuses. Serait seule grossesse de l'ovaire,

toute grossesse présentant intégralement tous les caractères requis.

Cohnstein demandait les caractères suivants :

1° L'absence de l'ovaire correspondant;

2° L'union du sac avec l'utérus au moyen du ligament utéro-ovarien allongé et épaissi; l'engainement du sac par les deux feuillets du ligament large;

3° La structure lamelleuse de la paroi et la présence d'épithélium cylindrique à la surface intérieure, le passage direct des fibres de l'albuginée dans la paroi du sac foetal;

4° Dans le voisinage immédiat de la cavité de l'œuf, un follicule ou un corps jaune, ou un petit kyste sanguin.

Ces caractères étaient trop rigoureux. Spiegelberg qui en a fait la critique, s'exprimait ainsi à leur sujet :

« Leur réunion n'est pas indispensable; il y en a même d'in vraisemblables. Un ovaire devenu sac foetal est topographiquement une tumeur de l'ovaire, comme un kyste, et l'on ne peut prétendre qu'une telle tumeur puisse être entourée par les deux feuillets du ligament large. L'épithélium cylindrique primitif de la surface interne de l'enveloppe de l'œuf doit disparaître avec l'accroissement de celle-ci, et avec le développement du placenta; la structure lamelleuse de cette enveloppe dépend des cas, et ne découle pas nécessairement de la structure du stroma ovarien, car elle peut exister dans les différentes formes de grossesse extra-utérine. Finalement, il ne peut être question que du passage des fibres de l'albuginée dans la paroi du sac foetal, où il faut prouver l'intégrité du reste de l'ovaire et de l'albuginée qu'il faut poursuivre dans leurs détails. Restent donc comme postulats indispen-

sables pour l'existence du caractère ovarien du sac foetal l'absence de l'ovaire d'un côté; la présence des éléments de l'ovaire dans la paroi du sac, preuve de la participation de cet organe à la constitution du second; l'union du kyste avec l'utérus par le ligament de l'ovaire, et enfin, ce que Conhstein ne citait pas, la non-participation de la trompe à la formation du sac. »

Lawson Tait qui s'est toujours montré très sceptique sur l'existence réelle de la grossesse ovarienne, formule un semblable ensemble de conditions qu'il requiert dans toute leur rigueur :

« Pour que nous puissions admettre que la grossesse ovarienne existât véritablement, il faudrait qu'un certain nombre de conditions existassent, dont voici les plus importantes.

« Il faudrait tout d'abord que l'autopsie ait été faite par un observateur absolument compétent. Il faudrait trouver l'utérus, les deux trompes et un ovaire absolument intacts; quant à l'autre, il devrait constituer le kyste de la grossesse; et, dans la paroi kystique d'un cas de ce genre, on devrait trouver les signes microscopiques du tissu ovarien. Dans plusieurs cas de grossesse tubaire que j'ai disséqués, il fut extrêmement difficile de trouver l'ovaire correspondant, alors même qu'il était parfaitement clair que le siège de la grossesse était une des trompes de Fallope. Dans une de mes dissections, je ne pus trouver l'ovaire, et cependant, il était absolument certain que j'avais affaire à un cas de grossesse tubaire. »

Ces règles que nous dicte un adversaire de la grossesse ovarienne, nous devons les observer dans tout examen sérieux de cas de ce genre. Elles nous conduiront à la

vérité. Nous sommes donc armés dans nos recherches. Une grossesse ovarienne vraie sera celle où nous constaterons :

- 1° L'absence de l'ovaire correspondant ;
- 2° L'union du sac foetal avec l'utérus par le ligament de l'ovaire ;
- 3° La présence de tissu ovarien dans les parois du sac ;
- 4° L'indépendance de la trompe en ce qui concerne la formation du sac foetal.

Encore le troisième de ces caractères peut-il prêter à discussion. Il est certain que dans un cas peu avancé, c'est un caractère essentiel, presque suffisant à lui tout seul. Mais il ne peut être la règle dans les grossesses à maturité, dans celles surtout où le fœtus transformé en lithopœdion a été conservé de longues années dans l'organisme matériel et où le sac foetal s'est transformé à la longue en une enveloppe fibreuse d'où les éléments de la glande ont depuis disparu. Mais dans ces cas, les autres caractères se suffisent, et pour faire défaut, celui-ci ne nuit-il point, dans quelques exemples que nous citerons, à l'évidence de la démonstration. Il convient également de faire des réserves en ce qui concerne l'absence complète de l'ovaire. Il est bien évident qu'un sac foetal qui se serait développé simplement au contact d'un ovaire plus ou moins aplati ne saurait être admis comme un cas de grossesse de cet organe. Mais exiger que, dans un cas de ce genre, même à maturité, il n'existe plus traces de l'organe à l'œil nu, qu'on ne rencontre plus qu'au microscope ses éléments disséminés dans la paroi du sac, serait excessif.

Il s'agit donc ici de préciser : dans les premiers stades

de cette grossesse, la présence de l'ovaire est fatale, puisque le sac foetal se développe au début dans une cavité creusée dans cet organe ; plus tard, à mesure que l'œuf s'accroît, il ne distend qu'un point du revêtement ovarien, alors que le reste de l'organe demeure à l'état de débris plus ou moins atrophies en un point quelconque du sac foetal ; il peut en être ainsi jusqu'à maturité. Mais, dans les cas de grossesse prolongée avec lithopœdion, son absence doit être la règle, à la condition, bien entendu, que quelque autre caractère important ne rejette point ce cas de grossesse dans une autre variété des grossesses extra-utérines.

Cette grossesse de l'ovaire que nous savons maintenant reconnaître, peut se présenter à nous sous deux formes :

Tantôt le follicule de de Graaf reste ouvert après la fécondation de l'œuf. Celui-ci en s'accroissant vient faire saillie hors de l'ovaire et se trouve ainsi intra-péritonéal, tandis que son point d'insertion reste à l'intérieur de l'ovaire et est par conséquent extra-péritonéal.

Tantôt et plus fréquemment la déchirure du follicule de de Graaf s'est refermée, et le développement de l'œuf se fait en entier dans le sein du tissu ovarien.

Cette tumeur ovarique évolue. « Elle peut rester libre de toute adhérence, mais elle est toujours munie d'un large pédicule, puisque, dans son accroissement rapide, elle attire, pour s'en recouvrir, le péritoine de voisinage. Et même, elle peut être entièrement unie à la face postérieure de l'utérus, dont elle a soulevé le revêtement péritonéal. Mais l'ovaire, distendu par le sac foetal, peut avoir contracté des adhérences considérables avec les autres organes. La trompe du côté correspondant se

comporte de différentes façons. Dans la grossesse du premier mois, elle peut être complètement libre et avoir encore un court mésentère formé par le repli du péritoine. Elle le perd tout d'abord vers son extrémité abdominale, et, à mesure que le cas fait des progrès, la trompe s'applique de plus en plus solidement sur le sac fœtal et ses fibres terminales se perdent dans ce sac. » (Schroöder).

CHAPITRE II

Critique des cas publiés : observations douteuses

Armés pour le diagnostic, nous pouvons aborder maintenant l'étude des principaux cas publiés et soumettre chacun d'eux à une sérieuse critique. Beaucoup n'y résisteront pas. Tantôt un caractère très net parlera contre une hypothèse de grossesse de l'ovaire, tantôt les caractères flous, mal définis permettront deux interprétations également discutables, tantôt et le plus souvent les observations seront rapportées d'une manière trop succincte, l'examen effectué aura été trop incomplet pour justifier entièrement le diagnostic et pour qu'il nous soit permis de conclure. Ce sont ces observations que nous examinerons tout d'abord, car, sans vouloir en nier nettement le diagnostic, nous n'aurions en elles que des soutiens trop précaires pour en faire la preuve de l'idée que nous développons.

OBSERVATION I

SPIEGELBERG. — *Archiv f. Gyn.*, t. XIII, p. 73.

Femme de trente-six ans, ayant eu un enfant neuf ans auparavant. En mai 1876, dernières règles. Depuis, elle présenta des douleurs dans le bas-ventre. Le 5 mars 1877 des douleurs expulsives se montrèrent et, avec elles, des signes de péritonite. L'examen montra la vacuité de l'utérus et la présence d'un enfant vivant. La gastrotomie fut immédiatement pratiquée.

Effectuée dans des conditions défavorables, elle donna d'abord issue à une grande quantité de pus. Le sac fœtal se présenta aux yeux ; on l'incisa, mais la section porta sur le placenta d'où suivit une violente hémorragie. L'enfant fut vivement extrait et les bords de la plaie comprimés ; on dut faire une ligature en masse pour arrêter l'hémorragie. L'opérée succomba dans la nuit ; quant à l'enfant, il vécut trois mois.

A l'autopsie, on constate un utérus hypertrophié, avec une muqueuse gonflée, rugueuse et déchiquetée. Les trompes s'en détachent normalement. A gauche, la trompe et l'ovaire sont normaux ; sur ce dernier, on constate des enfoncements cicatriciels, mais il n'y a pas trace de corps jaunes anciens. A droite, on voit un sac lié à l'utérus par le ligament ovarien. La trompe droite, placée au bord supérieur du ligament large épaissi, passe au devant du sac ; elle peut être suivie dans l'étendue de 22 centimètres, mais tandis que dans la moitié de son parcours, elle a un calibre normal, dans l'autre moitié, elle constitue un cordon aplati et grêle qui se perd dans la surface externe du sac (frange ovarique). Le ligament de l'ovaire correspondant est épaissi et contient plusieurs grands vaisseaux. Dans sa longueur et à peu près dans le milieu de la partie inférieure du sac et dans la paroi, est un corps résistant du volume d'une noisette. Ce corps qui n'est autre que l'ovaire, présente un petit kyste dermoïde.

La paroi du sac fœtal est très mince dans sa partie supérieure et constituée de deux feuillets faciles à séparer. La formation placentaire occupe presque toute la surface interne du

kyste ; on y remarque aussi la membrane amniotique. Sur la partie latérale et inférieure du sac, s'insère le cordon ombilical long environ de 45 centimètres.

Voici un cas de grossesse ovarique très probable. Et pourtant il prête à la discussion. Tout d'abord, la présence de l'extrémité externe de la trompe, atrophiée et aplatie sur la paroi du sac permet de discuter l'origine tubaire, comme le fait Lawson Tait, qui suppose plutôt avoir affaire à un cas de grossesse dans le ligament large, résultant de la rupture de la trompe sur sa face inférieure. A cette objection, nous pourrions répondre si l'examen microscopique du sac avait été effectué, et si des éléments ovariens avaient été constatés dans la paroi, un caractère de cette importance permettant de passer outre un caractère douteux. Cet examen manque. Quant à la présence d'un débris de l'ovaire à la surface du sac, ce ne serait pas un argument contre l'origine ovarienne, s'il était prouvé que l'albuginée se continuât sans transition à la surface du sac. Faute de caractères suffisamment précis, cette observation reste dans le doute.

OBSERVATION II

HALL DAVIS et LAWSON. — *The Lancet*, 14 juillet 1877.

Femme de vingt-sept ans. Les dernières règles se sont montrées le 24 décembre 1876. Depuis sont apparues des douleurs et une tumeur dans le côté gauche. Les signes sthétoscopiques sont nuls, et la cavité utérine vide. Le pouls est fréquent et la température élevée.

L'opération fut pratiquée le 25 juin 1877. On trouva un sac fœtal adhérent à sa partie postérieure. L'incision de la paroi antérieure tomba sur le placenta. On enleva rapidement le fœtus qui avait subi un commencement de putréfaction. Une

portion du placenta fut excisée, et la paroi abdominale suturée. L'opérée succomba le second jour.

Autopsie. — Le kyste mesurait 7 pouces de diamètre. L'utérus lui était antérieur et inférieur. Le placenta recouvrait les parois antérieures et supérieures du kyste. L'utérus était hypertrophié. En enlevant les organes génitaux, on constata que le kyste occupait la place de l'ovaire gauche, dont on ne put trouver de traces. On pouvait suivre la trompe gauche, mais on la perdait sur la paroi du kyste. Elle était très épaisse et dilatée du côté de sa portion frangée; elle était remplie d'une épaisse sécrétion, dont une partie était noirâtre. La situation de la trompe droite était normale et adhérait à la partie droite de la paroi du kyste par sa portion frangée. L'ovaire droit était en position normale et sain en apparence.

Dans un examen particulier du kystè, on relève encore : l'absence de l'ovaire gauche qui paraît complètement confondu avec le kyste. On constate que l'extrémité frangée de la trompe gauche se perd également dans le kyste, près duquel on remarque un épaississement de ses parois. Par places, on trouve en quantité considérable des fibres musculaires dans la paroi du kyste.

Avec de tels renseignements, conclure à une grossesse de l'ovaire serait vraiment hasardeux. Nous n'avons qu'un caractère en faveur de cette hypothèse, l'absence de l'ovaire. C'est vraiment insuffisant, quand un examen histologique de la paroi du kyste n'a pas été fait, quand la trompe vient se fixer par son pavillon élargi sur le kyste fœtal et faire corps avec lui. Bien plus grandes seraient les probabilités en faveur d'une grossesse tubaire et, sans y conclure nettement, nous ne saurions admettre cette observation sous le diagnostic qu'on lui a d'abord attribué.

OBSERVATION III

Hess — *Berliner klinische Wochenschrift*, 1869, n° 34, p. 361.

Femme de trente-sept ans. Deux accouchements antérieurs. Arrêt des règles au commencement de décembre 1868. Pendant la grossesse, hémorragie génitale, puis douleurs. L'état général devint mauvais. La femme succomba le 5 août avec des symptômes de péritonite.

A l'autopsie, on trouve le péritoine infiltré de pus, puis une tumeur ronde de 24 centimètres de diamètre, adhérente à l'intestin et aux ligaments larges. A la section, on y trouve un fœtus de sept mois non macéré et un placenta épais. L'utérus est légèrement augmenté de volume. On voit nettement l'ovaire droit uni au sac fœtal. La trompe droite est normale. Quant à l'ovaire gauche, il est impossible d'en trouver de traces. La dernière partie de la trompe gauche se perd sur le sac fœtal ou sur ses adhérences.

L'examen du sac montre : 1° une membrane lisse où le microscope ne peut déceler la présence d'un épithélium ; 2° des lacunes tapissées de cellules du chorion ; 3° une membrane interne lisse ; 4° l'amnios.

Le fœtus était couché transversalement la tête à droite et ne présentait pas de traces de putréfaction.

On a conclu d'après ces faits à l'existence d'une grossesse ovarienne. En effet :

1° La membrane lisse qui fait le revêtement de la tumeur et qui n'est qu'un revêtement péritonéal, est fournie soit par l'ovaire, soit par le ligament large. Or, l'autopsie nous a montré qu'il n'existait pas de grossesse tubaire.

2° La preuve de la présence du tissu ovarien dans la paroi, probable ici, n'est pas indispensable.

3° En faveur de cette hypothèse est le développement de la tumeur, presque libre dans la cavité abdominale où elle a été fixée par des adhérences secondaires, et la position transversale du fœtus.

Ces raisons ne sont pas suffisantes. Cette observation prête par trop de points à la discussion. Il paraît étonnant qu'au bout de neuf mois toute trace de l'ovaire ait disparu non seulement macroscopiquement, mais au point qu'on n'en puisse relever aucune trace au microscope, dans la paroi du sac. De ce fait nous n'avons de ce côté aucune preuve que c'est aux dépens de l'ovaire que le sac s'est constitué. De plus, on ne lit nulle part que le sac était relié à l'utérus par le ligament ovarien. Enfin, la partie externe de la trompe paraît avoir avec lui des connexions trop intimes pour qu'il ne soit pas possible de faire quelques réserves à ce sujet.

OBERVATION IV

Hess. — *Mon. f. Geburtsk.*, t. XXXIV, p. 240.

Une femme, enceinte pour la troisième fois, entre le 4 juin 1869 à la Maternité de Zurich. A la suite d'un examen minutieux et plusieurs fois répété, de la perception des mouvements fœtaux, alors que la sonde introduite dans l'utérus en faisait constater la vacuité. Gusserow diagnostiqua une grossesse extra-utérine.

La mort survenue le 5 août permit de vérifier le diagnostic. L'abdomen renferme une tumeur bleuâtre, plus grosse que la tête d'un adulte, parcourue par de nombreux vaisseaux et adhérente en arrière avec le rectum, la paroi postérieure du fond du vagin et du col de l'utérus. Le corps de l'utérus est mobile en avant.

La paroi du sac fœtal est par places, fongueuse, par places, membraneuse. A l'incision, il en jaillit du sang en quantité coagulé le plus souvent. Les vaisseaux sanguins s'abouchent avec les vaisseaux du voisinage, avec ceux du rectum, etc., etc. En certains endroits, ils sont thrombosés par des houpes chorales, adhérentes et visibles au microscope.

Le fœtus a de sept à huit mois ; les eaux de l'amnios sont peu abondantes. Le cordon inséré à la paroi antérieure du sac a 32 centimètres de longueur. Quant à l'utérus, il a le volume qui lui est propre au troisième mois de la grossesse. L'épaisseur des parois atteint au maximum 35 millimètres. La cavité de l'utérus a 10 centimètres. Une caduque ne peut être démontrée : elle a dû vraisemblablement se détacher pendant la vie.

On peut reconnaître d'une façon évidente l'ovaire droit sur lequel la tumeur est fixée ; quant à la trompe correspondante, elle est normalement canaliculée et peut être suivie jusqu'à l'ovaire.

L'ovaire gauche ne peut être retrouvé ; quant au dernier tiers de la trompe correspondante, il se perd sur le sac fœtal et y adhère.

Cette seconde observation de Hess prête à la même critique que la précédente. Rien encore ici ne nous prouve que c'est l'ovaire qui a constitué le sac, et d'autre part, la trompe a des rapports intimes dans son dernier tiers avec l'enveloppe fœtale. Pour les mêmes raisons que la précédente, nous nous garderons de la considérer comme un exemple de grossesse ovarienne type, sans pouvoir affirmer toutefois être en présence d'une autre variété.

OBSERVATION V

TOTH. — Beitrage zur frage der ektopischen Schwangerschaft *Archiv. für Gynækologie*, vol. 51, p. 432. — Année 1896.

Femme de trente-deux ans. A eu six ans auparavant une grossesse normale. Règles régulières suspendues depuis quatorze mois. Depuis trois mois, pertes sanguines atypiques. Depuis la disparition des règles, apparition de douleurs, augmentation de volume du ventre ; on sent les mouvements du fœtus. Au bout de neuf mois, la malade est prise de douleurs, mais l'accouchement ne se produit pas. On entendait à ce

moment les mouvements du fœtus. A partir de ce moment, le volume du ventre diminue, mais la santé de la malade laissant à désirer, elle entre à la clinique.

Après examen, on diagnostique une grossesse extra-utérine. Laparotomie. On trouve le péritoine pariétal adhérent en totalité à la tumeur, située du côté droit et présentant quinze centimètres de longueur sur quatorze de largeur. La trompe correspondante est absolument normale et largement adhérente à la tumeur. Il est impossible de trouver l'ovaire du même côté. A gauche, la trompe est dilatée, son ostium abdominal est uni à l'ovaire par des adhérences.

La tumeur constitue un sac fœtal dont la paroi mesure trois à cinq millimètres d'épaisseur, et où certaines parties kystiques rappellent macroscopiquement le tissu ovarien. Le sac renferme un liquide amniotique brunâtre et le fœtus parfaitement développé, la tête en haut et le bassin en bas. Le placenta est inséré du côté droit, correspondant au point où se trouvent à la surface extérieure les restes probables de l'ovaire. Le fœtus ne présente pas de traces de macération. Le liquide amniotique est légèrement trouble, mais ne présente pas de mauvaise odeur. Le sac fœtal pèse au total 4.100 grammes.

Examen microscopique : on trouve sur la surface externe une couche de tissu cellulaire, avec des fibres parallèles, des cellules rondes et des globules sanguins et lymphatiques.

La partie de la préparation où à l'œil nu on avait cru reconnaître de l'ovaire présente un follicule de de Graaf, entouré de sa membrane granuleuse et rempli d'une masse homogène (caillot sanguin). Donc c'est indubitablement à du tissu ovarien que l'on a affaire. C'est lui qui constitue le sac fœtal, et c'est sur le reste de l'ovaire que le placenta est inséré.

De la lecture de cette observation, il est également impossible de rien conclure. Les conditions requises sont loin d'être au complet : il y a bien absence de l'ovaire, mais la trompe est largement adhérente au sac fœtal.

Il n'est point question du ligament ovarien, et de l'examen d'un point du sac où l'on reconnaît des follicules de de Graaf, l'on conclut à la participation du tissu ovarien à la formation totale du sac, alors que l'on peut avoir affaire à un débris de l'ovaire accolé et soudé à un point du sac. Hypothèse peu probable évidemment, mais que rien n'empêche d'émettre puisque nous n'avons pas de renseignements précis nous apprenant que l'albuginée se continue sans transition de ces débris sur l'enveloppe fœtale, ou qu'en plusieurs points de ce tissu d'enveloppe, on reconnaît être en présence de tissu ovarien. Pour ces raisons et à cause de l'accolement intime du sac et de la trompe, cette observation ne saurait être admise comme grossesse de l'ovaire évidente.

OBSERVATION VI

OLIVER. — *The Lancet*, July. 25, 1896, p. 244

Malade âgée de trente-neuf ans ; mariée depuis douze ans, a un enfant âgé de quatre ans. Réglée depuis l'âge de seize ans, a eu une menstruation toujours régulière. En 1894, présente de l'aménorrhée pendant neuf mois, avec pertes sanguines irrégulières, douleurs, augmentation de volume du ventre. L'examen de la tumeur et de ses rapports avec l'utérus, avec l'histoire de la malade font poser le diagnostic de grossesse extra-utérine, avec fœtus complètement développé.

La laparotomie pratiquée cinq mois après le terme de la grossesse, montra une tumeur située du côté droit de l'abdomen. L'extrémité abdominale de la trompe était solidement adhérente à la tumeur. Après l'avoir libérée de ses adhérences, on put constater que celle-ci avait un pédicule nettement marqué, on le lia comme s'il se fut agi d'un kyste de l'ovaire, et l'on put extraire intact le sac contenant le fœtus et le placenta. L'on put voir alors que la tumeur, qui était l'ovaire droit,

était constituée par un sac fermé qui renfermait un fœtus à terme avec son cordon et son placenta. Le fœtus était revêtu d'une épaisse couche de matière sébacée, mais la tumeur ne renfermait pas de liquide. La trompe droite était normale.

Après l'opération les règles de la malade réapparurent et celle-ci guérit complètement.

La façon dont cette observation est rapportée est beaucoup trop incomplète pour qu'il ne soit pas possible de faire des réserves sur sa valeur, le sac fœtal est insuffisamment décrit. L'auteur se contente de dire que la tumeur est constituée par l'ovaire droit, sans mentionner les raisons de cette affirmation. On ignore s'il existait dans les parois du sac des traces nettes de tissu ovarien, ou s'il s'agit d'une simple induction basée sur la place même de la tumeur. De plus, l'adhérence de la trompe à son extrémité externe avec la tumeur permet encore la discussion sur son origine tubo-ovarienne.

OBSERVATION VII

HECKER. — *Mon. f. Geburtsh.*, t. XIII, p. 84.

Une femme de vingt-huit ans, ayant eu trois ans avant un accouchement facile et des suites tout à fait normales, devint enceinte une seconde fois. Pendant les trois premiers mois, la grossesse fut bonne, mais peu après, elle éprouva de la dysurie pour laquelle elle fut infructueusement sondée. Comme elle éprouvait de violentes douleurs dans la région vésicale, un médecin appelé tenta la réduction de l'utérus soi-disant rétroversé, mais dix minutes après ces tentatives, la femme tomba dans un collapsus suivi de mort une demi-heure après. A l'autopsie, qui dut être faite vite et dans de mauvaises conditions, on trouva quatre à cinq livres de sang coagulé dans la cavité abdominale, l'utérus vide, quoique hypertrophié et tapissé par une véritable caduque. Derrière cet organe, incliné en

avant, était un kyste, qui fut détaché, à vrai dire, sans avoir égard à ses moyens de connexion avec l'utérus qui fut laissé en place.

Ce kyste, du volume de la tête d'un enfant de deux ans, avait une enveloppe assez mince et offrait dans son aspect une grande ressemblance avec une hydropisie de l'ovaire ; en un point, il offrait une large crevasse et contenait un fœtus de dix-huit à vingt semaines dont le cordon sortait par la crevasse et était dépourvu du placenta resté vraisemblablement dans l'abdomen. On ne put découvrir rien qui se rapportât à la trompe, et le diagnostic serait resté incertain si à la partie inférieure du kyste, on n'eût trouvé une tumeur qui fut parfaitement reconnue pour l'ovaire ; elle avait en effet le volume, la manière d'être, la forme aplatie et sillonnée et renfermait des follicules de de Graaf tout à fait évidents. Ces particularités démontraient que le kyste foetal était en rapport avec un ovaire mais ne nous disaient pas la nature de ces rapports, c'est-à-dire si les connexions étaient primitives ou consécutives. Les incertitudes à cet égard ne furent pas de longue durée ; non seulement on ne put opérer la séparation des deux tissus, circonstance qui eût dû être possible dans un cas relativement aussi récent, mais encore on vit les enveloppes du corps présumé ovarien se continuer directement sur la paroi du kyste, et, partant, on put considérer ce dernier comme une extension de la paroi du premier. En conséquence, on fut amené à conclure qu'il « s'agissait d'une grossesse ovarienne, conclusion qui, je le répète, en raison de l'examen incomplet de la pièce a seulement une valeur subjective ».

Une fois de plus, de grandes présomptions en faveur d'une grossesse de l'ovaire, mais pas une certitude. Ici, nous ignorons absolument les relations de la trompe avec la tumeur, et l'absence d'examen microscopique de la paroi en ses divers points ne nous fixe pas suffisamment sur les rapports de contiguité ou de continuité de ces

débris ovariens avec le kyste fœtal lui-même. Il est impossible dans ces conditions de conclure.

OBSERVATION VIII

SAENGER. — *Centralblatt für Gynækologie*, n° 29, p. 522. 1890.

Femme de trente-neuf ans ; deux accouchements, le dernier remontant à dix-sept ans. Symptômes de grossesse extra-utérine. Au bout de sept mois, expulsion d'une caduque utérine et mort probable du fœtus.

Opération. — On trouve un lithopédion extrêmement réduit, entouré de l'amnios calcifié. Il est presque libre dans la cavité abdominale, et fut facilement enlevé après déchirure des adhérences. Il était cependant entouré du côté gauche par une paroi plus épaisse, qui constituait nettement une partie du sac fœtal. Du cordon, on ne trouva que des traces. Il fut impossible de trouver le placenta. L'ovaire faisait complètement défaut. La trompe correspondante était absolument libre dans sa moitié interne, utérine. La portion externe faisait corps avec la tumeur. A l'examen microscopique, on rechercha infructueusement les éléments du tissu ovarien.

Voici encore une observation qu'il n'est pas permis de classer catégoriquement parmi les cas indiscutables de grossesse de l'ovaire. Là encore il y a bien des présomptions en faveur de cette hypothèse. Il y a bien absence de l'ovaire correspondant, mais les éléments ovariens manquent dans la paroi du sac, il n'est nullement fait mention du ligament de l'ovaire et nous voyons l'extrémité externe de la trompe faire corps avec la tumeur. Comme la nature de ce rapport n'est nullement mentionnée, une hypothèse de grossesse tubaire est encore plausible, et ce cas ne saurait entrer dans le cadre précis que nous avons choisi.

OBSERVATION IX

Centralblatt für Gynækologie, n° 44, p. 721. — Séance du 20 septembre, du Congrès de Médecine Allemande à Berlin (section de gynécologie).

Gottschalk présente une préparation de grossesse ovarienne à la troisième ou quatrième semaine de développement. Il s'agit d'une malade de vingt-six ans, qui resta trois ans stérile. Elle souffrait depuis sa puberté d'attaques hystéro-épileptiques, et depuis quelques semaines se plaignait de douleurs dans le côté droit. L'examen montrait une tumeur molle grosse comme une orange située du côté droit au voisinage de l'utérus normalement situé et nullement augmenté de volume. Cette tumeur fut prise pour un kyste de l'ovaire. On fit la laparotomie et à l'ouverture du kyste, il s'écoula un liquide clair légèrement jaunâtre. Au fond de ce kyste se trouvait un embryon à peine long de sept centimètres reposant dans l'amnios intact. De l'enveloppe amniotique partaient vers la paroi du kyste quelques tractus graisseux, à peine visibles à l'œil nu paraissant servir à l'union de l'amnios avec la paroi du kyste. La courbe de la tête et de la queue de l'embryon est nettement marquée. Du côté ventral part un cordon ombilical long de un centimètre et ayant un millimètre environ d'épaisseur. Pas de modifications macroscopiques du côté de la paroi kystique, où se trouvent des follicules de de Graaf, de telle sorte que la préparation paraît renfermer la totalité de l'ovaire. L'examen microscopique n'a pas été fait. La trompe correspondante était saine ; du moins on ne voyait pas de modifications macroscopiques. L'ovaire gauche était intact.

Cette observation manque de détails précis ; il se peut bien, en effet, que nous ayons affaire à une grossesse de l'ovaire, mais on peut se demander aussi s'il ne s'agit pas d'une grossesse abdominale vraie greffée sur l'ovaire. Y a-t-il une cavité creusée dans l'ovaire ? ou bien cet organe est-il en entier transformé en kyste fœtal ? ou bien enfin, l'attache de ce kyste est-elle toute superficielle ?

Nous l'ignorons. L'examen microscopique manque. A ce stade, il est de la plus grande valeur. Quels étaient les rapports de la trompe avec la tumeur ? On la dit saine, mais mention n'est point faite de son extrémité externe. Il n'est pas davantage question du ligament ovarien. Ce cas qui pourrait être un bel exemple de grossesse ovarienne, faute de caractères suffisamment précisés, doit rester dans le doute.

OBSERVATION X

PUECH. — *Ann. de Gynécol.*, 1878, t. X, p. 1.

Femme de trente ans, assassinée par son mari. Autopsie médico-légale. On constate que les seins sont durs et que leur pression amène la sortie d'une goutte de liquide séreux. A l'ouverture de l'abdomen, on observe des adhérences entre les organes, reliquats d'une métrite-péritonite.

A droite, la trompe est immobilisée par des adhérences et son pavillon oblitéré. L'ovaire est très volumineux et couvert de mamelons et de cicatrices profondes. On y voit un beau corps jaune.

A gauche, la trompe est également fixée par des adhérences, mais elle est perméable ; le pavillon n'est pas complètement oblitéré. Le bulbe de l'ovaire est très marqué et les vaisseaux du plexus pampiniforme ont le volume d'une plume de corbeau. L'ovaire gauche est moins volumineux que l'ovaire droit, il présente aussi des cicatrices et des mamelons, avec des follicules de de Graaf ; mais ce qui frappe l'observateur, c'est un corps arrondi qui se trouve à l'extrémité externe de l'ovaire.

Cette tumeur a le volume d'une grosse cerise, son plus grand diamètre qui est oblique de dedans en dehors et de haut en bas, mesure vingt millimètres, tandis que son plus petit diamètre a seulement douze millimètres. On peut distinguer dans cette tumeur une enveloppe et un contenu. L'enveloppe qui est fine, transparente, de la nature des séreuses, est parcourue en divers

sens par des vaisseaux veineux finement réticulés. Dans le sens de son diamètre transversal, il y a même une veine assez considérable qui est vide. En arrière, on note dans un point grand comme une lentille une coloration violacée ; tout à côté, l'enveloppe s'épaissit et prend une coloration blanc de lait. Enfin, pour terminer, disons qu'à travers cette membrane, translucide dans la plus grande partie de son étendue, on aperçoit une substance jaune, grasseuse, à laquelle les divers vaisseaux signalés antérieurement donnent un aspect fragmenté.

Lorsqu'on ouvre l'enveloppe avec des ciseaux déliés, on tombe sur une masse de coloration violet, laquelle présente en certains points des villosités, rappelant assez bien les houppes du chorion à l'état naissant. Au fur et à mesure que l'on procède à cette dissection, il s'écoule quelques gouttes de sérosité sale. Au niveau des points épaissis de l'enveloppe, on arrive presque immédiatement sur cette masse ; dans les autres, il faut la séparer de la couche jaune déjà signalée laquelle a environ un demi-millimètre d'épaisseur. Lorsqu'on effectue cette séparation avec le dos du scalpel, un liquide séreux légèrement sanguinolent vient tacher l'instrument. Cette séparation est, du reste, excessivement facile, et se fait en certains points en quelque sorte d'elle-même, grâce à la couche de sérosité trouble interposée entre la masse et l'enveloppe.

L'enveloppe est doublée intérieurement par un tissu vasculaire rappelant assez fidèlement les villosités du chorion. A la base, on le voit partir et décrire des flexuosités plus ou moins prononcées ; de là elles se réfléchissent sur la masse ou mieux sur le mamelon dont elles forment un des éléments constitutifs essentiels. Au point correspondant au pédicule, à l'endroit où le mamelon adhère à l'ovaire, existent des vaisseaux plus ou moins volumineux qui s'irradient aux alentours, en avant et en arrière du mamelon. A sa partie la plus interne comme à sa partie la plus externe, on note deux gros vaisseaux noirâtres ; dans les autres points, au contraire, il y a des vaisseaux d'un rouge vif distribués à toute la surface du mamelon. En conséquence, il résulte avec la plus grande évidence que les houppes

siégeant sur la paroi d'enveloppe, comme celles revêtant la surface extérieure du mamelon, ont une seule et même origine, et émanent des vaisseaux formant pédicule.

Quant au mamelon, il est hémisphérique ou encore semi-ellipsoïde : il a 10 millimètres dans son diamètre transverse, et 9 millimètres dans son diamètre longitudinal ; son aspect est rougeâtre, mais cette coloration n'est pas uniforme, et elle est plus ou moins prononcée suivant les points examinés. Des anfractuosités, des plis plus ou moins saillants, le parcourent en divers sens ; plongé dans l'eau, on aperçoit d'une façon plus nette les villosités qui le couvrent. Incisé par le milieu avec des ciseaux à cataracte, on constate qu'il n'est point plein, mais creusé d'une cavité distendue par de la sérosité claire. Au milieu de cette cavité est un petit corps vermiculaire, long d'à peu près 1 millimètre, pointu à une de ses extrémités tandis que l'autre est sensiblement renflée. Examine avec une forte loupe, on constate qu'il est recourbé vers le milieu, et décrit une concavité assez prononcée en avant. Une membrane excessivement fine lui forme enveloppe et sert à le fixer au chorion présumé.

La pièce fut soumise à l'examen microscopique et à la dissection par le professeur Courty :

« Le mamelon après séjour prolongé dans l'alcool avait, avec une couleur jaune fauve clair, un aspect tuyauté qui, en certains points, simulait les cannelures des coiffes, alors que, dans d'autres, il existe des houppes vilieuses qui flottent dans le liquide.

« La cavité présumée allantoidienne est anfractueuse, sillonnée de dépressions dirigées en divers sens et creusées d'une façon excessivement irrégulière ; la paroi interne est lisse, du reste, et n'offre point de houppes vilieuses signalées au dehors.

« Si l'on détache complètement le mamelon vilieux de la cavité vésiculaire, on constate un creux servant de réceptacle et ayant surtout dans le fond, un revêtement vilieux très délié. La partie superficielle de l'enveloppe présentait, ainsi que je l'ai noté plus haut, un parcours blanchâtre à direction longi-

tudinale. Cette coloration et cette direction semblent indiquer le point de cicatrisation de la membrane vésiculaire précédemment rompue, et son amincissement autorise en même temps à penser que la cicatrice a subi une distension progressive. »

Cette observation personnelle de Puech a les plus grandes présomptions en sa faveur pour être acceptée comme un début de grossesse ovarienne ; malheureusement, elle n'a pour elle aucune certitude. Aussi Lawson Tait, qui l'a étudiée, refuse-t-il d'en faire une preuve irréfutable de ce type de grossesse extra-utérine :

« Toute la conclusion, dans ce cas, repose sur la présomption que ce corps vermiforme, qui n'avait qu'un centimètre de long, était un embryon. Il est possible que c'en fût un, mais on ne peut certainement donner aucune preuve en faveur de cette opinion ; bien que je ne sois nullement disposé à nier son exactitude, j'en doute cependant très fort. En admettant que ce fût un embryon, tout au plus aurait-il eu quelques heures d'existence, et l'on ne pouvait guère s'attendre à trouver le mécanisme des fonctions génitales défectueux à un degré tel que le pavillon de la trompe, la partie la plus importante de tout le mécanisme, fût endommagé au point d'être, suivant la description de M. Puech, presque fermé et fixé derrière l'ovaire par des adhérences. On se serait au moins attendu à ce que cette adhérence existât au niveau du siège de la rupture ; et cependant il est nettement dit qu'il n'en est pas ainsi. J'ai vu tant de choses étranges dans les kystes de l'ovaire et les follicules que je ne suis pas porté à admettre qu'on ait démontré

d'une façon décisive que ce corps vermiforme était un embryon. »

Si nous faisons une critique rigoureuse, nous devons porter un jugement aussi sévère que celui de Lawson Tait. Il faut faire des réserves sur la nature de ce petit kyste, car nous n'avons pas de preuve absolue que le corps qu'il renfermait était bien un embryon. A ce titre, nous devons ranger ce cas parmi les observations discutables.

On ne saurait admettre davantage comme grossesse ovarienne le cas cité par Landau (*Archiv für gynækologie*, vol XVI, p. 436). Là, l'ovaire se trouve placé sur la surface intérieure du sac foetal, et il y manque deux des principales conditions requises par Spiegelberg : la participation de l'ovaire à la formation du sac foetal, l'union de celui-ci avec l'utérus au moyen du ligament de l'ovaire.

CHAPITRE III

Critique des cas publiés. — Observations de grossesse ovarienne vraie

Contrairement aux précédentes, les observations qui suivent nous paraissent devoir résister à la plus rigoureuse critique. Leurs caractères anatomiques sont précisés et scrupuleusement détaillés, ils ne s'écartent point des règles que nous avons étudiées et des conditions que l'on doit requérir d'une grossesse extra-utérine, pour pouvoir affirmer avoir affaire à une grossesse développée dans l'ovaire. Si sur un point de détail la discussion peut être possible, il existe à côté un caractère important qui fait pencher complètement la balance en faveur du diagnostic posé. De ces observations, que nous avons groupées selon leur évolution et leur stade de développement, nous pensons faire la preuve de l'existence d'une grossesse de l'ovaire. Elles suffiront à l'évidence de la possibilité d'une fécondation, au sein de l'organe producteur.

OBSERVATION XI

FRANTZ. — *Centralblatt für Gynækologie*, 1901, p. 6.

Femme de trente ans qui a eu deux accouchements normaux. Elle se présente pour douleurs abdominales à gauche, avec

pertes blanches, puis hémorragies. A l'examen, on constate une tumeur qui paraît faire corps avec l'utérus. Le diagnostic restant hésitant, on conclut à l'opération.

A la laparotomie, on voit un utérus un peu augmenté de volume, et une tumeur d'un rouge foncé, adhérant à l'utérus et aux anses intestinales. L'extraction en fut pratiquée sans hémorragie et la malade guérit.

Examen macroscopique. — La pièce obtenue par l'opération représente une tumeur de forme ovale, de couleur rouge foncé et de consistance assez ferme.

La trompe est rattachée à la tumeur par une mince membrane de 6 centimètres de longueur sur 4 centimètres de largeur ; elle montre partout à la surface les traces des adhérences détachées pendant l'opération. Aucune dentelure à l'extrémité libre. Du côté le plus rapproché de l'utérus, on trouve une espèce de capuchon faisant à la surface une saillie d'un demi-centimètre et dont les parois se perdent dans celles de la tumeur.

Ce corps représente l'ovaire plus ou moins aplati. La trompe, de tous points normale, est un peu tortillée, libre d'adhérences, l'orifice abdominal est ouvert. Entre la tumeur et la trompe, il n'existe aucune trace de cohésion. Il n'y avait d'ailleurs, aucune adhérence lors de l'opération.

Une coupe transversale de la tumeur, intéressant également l'ovaire montre les détails suivants : la paroi de la tumeur présente une épaisseur de 3 millimètres ; elle contient une masse spongieuse, d'un rouge foncé, plus colorée par places et offrant absolument l'aspect d'un caillot sanguin ancien ; cette masse ne tient pas à la paroi ; elle est seulement un peu plus adhérente du côté de l'ovaire. L'ovaire dont la section est de 1 centimètre et demi, surmonte la tumeur comme un capuchon et montre un grand nombre de petits kystes à contenu liquide, assez limpide, et dont le plus grand ne dépasse pas le volume d'un petit pois.

La paroi libre de l'ovaire, plus ou moins épaissie, se confond avec celle de la tumeur et augmente d'épaisseur à cet endroit.

Aucune trace d'hémorragie dans l'ovaire. Le stroma ovarien, blanc-jaunâtre, est séparé du contenu kystique (de la tumeur), par une ligne de démarcation qui est fortement dentelée, comme si la substance ovarienne avait pénétré par ci, par là, à travers la masse sanguine. L'épaisseur du tissu ovarien varie de 1/2 centimètre à 1 centimètre. Pour l'examen microscopique, on fit une coupe intéressant à la fois la paroi kystique et l'ovaire à l'endroit où il adhéraît à la tumeur.

Description microscopique. — La pièce fut d'abord sectionnée par le milieu, puis une des deux moitiés fut de nouveau partagée en deux, par une incision transversale afin de pouvoir se rendre un compte tout à fait exact des justes proportions de l'ovaire et de la cavité sanguine. On excisa deux fragments plats de l'endroit où se rejoignent l'ovaire et la masse spongieuse de la cavité sanguine, combinant ainsi autant de tissu ovarien que de matière sanguine, puis un fragment de la paroi où elle adhère le plus fortement au caillot sanguin.

Les pièces furent durcies dans l'alcool progressivement concentré, incluses dans la colloïdine et colorées avec l'hématoxyline et l'éosine.

A un faible grossissement, on peut distinguer à la coupe microscopique l'ovaire et un caillot sanguin ancien, entre lesquels se trouve une zone où les deux se fusionnent d'une façon caractéristique et dont nous allons maintenant nous occuper.

L'ovaire ne montre que peu ou point d'altérations pathologiques, pas de traces d'inflammation, fait qui concorde avec l'absence totale d'adhérences à la surface.

La portion de l'ovaire qui avoisine le hile contient un grand nombre de veines et d'artères. Il est à remarquer que les veines élargies et béantes ne contiennent pas de sang. Cette particularité s'explique probablement par une cause artificielle, d'autant plus que les petites sont remplies de globules rouges.

Les artères sont pour la plupart gorgées de sang. Les plus petites ne montrent rien d'anormal ; celles qui sont un peu plus volumineuses ont leurs parois épaissies. L'hypertrophie

porte sur la tunique musculaire, la muqueuse étant tout à fait normale. Les cellules ne sont pas gonflées ; on voit les noyaux en rayures fines, tapissant la paroi interne.

Certaines artères paraissent en voie de dégénérescence hyaline. La tunique musculaire est hypertrophiée et présente déjà l'aspect rose pâle du tissu conjonctif sur le point de devenir scléreux, avec quelques rares noyaux subsistants. Partout se voient dans les parties périphériques de l'ovaire des vaisseaux en pleine dégénérescence hyaline, tantôt isolés, mais le plus souvent réunis par groupes.

A la limite du tissu ovarien et du sac fœtal (appelons-le ainsi par abréviation), les vaisseaux, surtout les veines, se tendent fortement dans une direction parallèle au sac fœtal.

Dans l'ovaire se voient encore de petites cavités plus ou moins oblongues à épithélium cubique bas, très bien conservé. Ces cavités représentent très vraisemblablement des follicules de de Graaf détruits avant la rupture. Certaines d'entre elles sont incontestablement des petits kystes folliculaires, contenant une masse colloïde colorée en rose pâle par l'éosine.

Dans la plupart des coupes, on aperçoit quelques cavités vides dont la lumière est limitée par une couche très bien conservée d'épithélium à cellules cubiques. A n'en pas douter, il s'agit de kystes folliculaires qui se sont développés naturellement et dont le contenu liquide s'est échappé avant l'inclusion.

Dans un des fragments excisés pour l'examen microscopique, se trouve une cavité du volume d'un petit pois qu'on reconnaît encore facilement comme un follicule de de Graaf. La paroi était formée par la tunique caractéristique ; sur plusieurs coupes, on la voit encore adhérer aux cellules granuleuses ; sur d'autres, on en aperçoit les débris occupant en grande partie la lumière du follicule.

On trouve dans toute l'étendue de la couche corticale de l'ovaire un grand nombre de follicules primaires n'ayant rien de bien caractéristique, même dans les parties qui commencent à servir à la formation du sac fœtal.

Ils font cependant défaut pour la première fois du côté où se

trouvent les éléments fœtaux. Du moins la coupe ne nous en montre aucun dans la paroi entourant la partie périphérique du sac. On ne rencontre qu'un seul follicule de de Graaf à un stade de développement plus avancé. Dans cet endroit, les couches de cellules granuleuses sont en plus grand nombre et on a l'impression d'un follicule à deux cellules ovariées. Aucun des deux ne contient de noyau. Nulle part on ne rencontre un follicule à maturité. Serait-ce l'effet du hasard ou bien un fait constant dans la grossesse, nous n'osons nous prononcer.

On trouve des corps albicants de plusieurs grandeurs.

Dans tout l'ovaire, aucun vestige de corps jaune, malgré une recherche très attentive. Nous reviendrons plus loin sur ce point. L'écorce ovarique va en amincissant graduellement dans la direction du sac fœtal, jusqu'à n'atteindre plus que 1 millimètre et demi à 2 millimètres d'épaisseur, dimension qu'elle conserve sur toute l'étendue de la surface externe.

On a fait également l'examen microscopique d'un fragment pris tout près de la paroi périphérique. Ici, la structure de la paroi est fibrillaire, mais les fibres au lieu d'être rapprochées en faisceaux, laissent entre elles des espaces vides allongés, et il est impossible de dire si cet aspect est dû à de l'œdème ou à la méthode de déshydratation. Les fibres s'écartent les unes des autres, surtout dans les couches supérieures. Il n'y a plus trace de revêtement épithélial.

On trouve à l'intérieur des fibres, et sur leurs bords, des noyaux allongés et de teinte foncée, qui sont très nombreux dans les couches profondes, et disparaissent presque entièrement à la périphérie ; ils sont de couleur foncée et presque méconnaissables.

Les vaisseaux de petit calibre que l'on ne rencontre qu'en très petit nombre ne présentent aucune particularité. Il y a absence complète de follicules primaires. A certains endroits, dans les interstices des fibres, on constate par groupes, ou isolés, des éléments variables de forme et de grandeur et de teinte brun-jaunâtre ; dans quelques-uns de ces éléments, on peut distinguer une apparence de noyau. Ces noyaux sont

localisés dans l'épaisseur de la paroi, et partout où on les voit, jusqu'à la surface intérieure même, ils sont encore revêtus par plusieurs couches de tissu fibreux.

En considérant une coupe à l'œil nu, on est de suite frappé par la vue d'une couche de teinte claire qui sépare le tissu ovarien du contenu de la poche fœtale. Cette couche atteint son maximum d'épaisseur au centre de l'ovaire. Microscopiquement aussi, elle se distingue nettement du stroma ovarien, riche en noyaux. Elle consiste en tissu conjonctif fibreux ; les fibres sont disposées concentriquement par rapport à la surface du sac fœtal. On ne voit qu'un ou deux faisceaux peu considérables qui dévient de cette direction. Les fibrilles se rapprochent immédiatement entre elles, les rares lacunes qu'on remarque sont artificielles. Le tissu est assez pauvre en noyaux, ceux qui s'y trouvent sont dans les couches centrales, où se voient aussi des leucocytes.

Les vaisseaux sanguins sont en petit nombre ; la plupart à la périphérie ; il y a cependant des fissures lymphatiques dans toute l'épaisseur de la couche.

Le stroma ovarien avoisinant immédiatement cette couche fibreuse périphérique possède, au contraire, un grand nombre d'artères et de veines dont la plupart sont bien remplies. Cette couche se trouve de cette façon presque entourée complètement par un réseau de vaisseaux ; dans les couches profondes, ceux-ci sont moins nombreux.

C'est dans cette couche que se réunissent les éléments fœtaux. Beaucoup d'entre eux sont, à première vue, à peine reconnaissables et se présentent sous l'aspect de petits groupes de cellules. On les trouve dans la partie la plus centrale de l'ovaire et même là ils n'existent que sur une étendue fort restreinte.

Il serait assez difficile de dire si l'ovule fécondé est allé s'attacher juste au centre de l'ovaire, mais c'est évidemment à cet endroit que les conditions de nutrition sont le plus favorables à la survie des éléments fœtaux après la mort du fœtus. Au sein d'un tissu possédant peu de noyaux, très caractéristique,

on voit par ci, par là, des villosités choriales, à des stades variés de régression. Elles sont encore facilement reconnaissables et même quelques-unes d'entre elles sont en état de parfaite conservation.

Le stroma montre sa structure caractéristique ; sur quelques coupes, il paraît un peu plus riche qu'à l'ordinaire en noyaux dont quelques-uns sont plus ou moins gonflés. Sur certaines coupes également, on aperçoit des débris de capillaires ; nous n'en avons pas trouvé qui fussent distendus par le sang.

La villosité choriale est entourée par une seule couche d'épithélium dont les noyaux, sans limites cellulaires nettement tracées, sont tantôt rapprochés les uns des autres, tantôt épars ; c'est presque partout un épithélium cubique bas. On peut sans hésitation considérer cette couche cellulaire comme la couche de Langhans plus ou moins altérée.

Sur plusieurs coupes de cette villosité, on voit assez distinctement des débris de cellules syncytiales, se présentant tantôt comme des éléments de teinte foncée et de forme irrégulière, tantôt sous la forme d'une cellule géante ; nul doute que cette villosité choriale soit située dans un vaisseau sanguin, qui a conservé encore par places un bel endothélium intact. On trouve en d'autres places des endothéliums gonflés et à couches multiples. A l'endroit où la villosité est en contact avec l'intérieur du vaisseau, le gonflement des cellules endothéliales est plus considérable. Il s'y trouve aussi un petit nombre de cellules en voie de karyokynèse.

Après avoir passé en revue toutes les coupes sans trouver une transition de revêtement épithélial de la villosité avec ces cellules gonflées, nous n'hésitons plus à les considérer comme des proliférations endothéliales.

Bien que, par places, elles soient en contact, leurs limites restent partout nettement tracées. Nous croyons que l'augmentation sur place des cellules endothéliales est due à la réaction exercée par la présence de la villosité choriale.

Sur plusieurs coupes, vers le centre de l'ovaire s'étendent en longueur des groupés de cellules plus ou moins considéra-

bles. Il serait difficile de dire s'ils sont un produit de l'écorce trophoblaste primitive qui enveloppe l'œuf dans un des premiers stades de son existence, ou bien, s'il faut les considérer comme un reste de sérotine. Pour pouvoir émettre une opinion catégorique sur ce point, il aurait fallu que l'examen microscopique eût pu suivre de plus près la mort du fœtus, c'est-à-dire avant que les altérations secondaires aient eu le temps de se produire. Nous ne pouvons que nous en tenir aux suppositions. Si on se rend compte de la difficulté qui existe dans beaucoup de cas à dire si certaines cellules sont de nature trophoblastique ou déciduale, puisque, d'une part, il y a des formes de transition entre les deux, et que, d'autre part, il existe différentes formes de cellules déciduales, on comprendra combien il est difficile de ranger les cellules en question dans une catégorie quelconque.

Dans les différentes préparations, on peut reconnaître clairement aux cellules sus-nommées, deux types différents ; mais on ne trouve nulle part les deux types dans un même groupe. Il s'ensuit donc, à notre avis, qu'elles sont d'origine différente, et qu'il faut les considérer en partie comme cellules trophoblastes et en partie comme cellules déciduales.

Il nous reste encore une question à résoudre : « Où était localisé l'ovule fécondé ? ». Van Tussenbroek soutient l'hypothèse que toute grossesse ovarienne signifie : grossesse dans un follicule de de Graaf ; et dans le cas présent, nous croyons pouvoir admettre cette opinion.

En effet, on voit par places, dans la paroi du sac fœtal, surtout à la périphérie, de grandes cellules de nature particulière, de teinte brun-clair, qui contiennent des noyaux en vésicule, et qui, à notre avis, ne peuvent être considérées que comme des débris de cellules du theca, qui, à l'origine, avaient tapissé toute la surface intérieure du follicule de de Graaf.

Cette observation, très discutée et très détaillée, se suffit à elle-même. Il s'agit bien là d'une grossesse de l'ovaire à son début. L'examen microscopique de la pièce

contient tous les arguments décisifs. Pour ne pas présenter l'intérêt d'un cas parvenu à maturité, cette observation a une très grande valeur par la précision de ses caractères. Ce qu'on a surtout nié, c'est la possibilité de voir se réunir l'ensemble de conditions nécessaires pour que l'ovule soit fécondé au sein même de l'ovaire. Le cas de Frantz nous prouve que cet ensemble de conditions est possible : il nous montre une grossesse de l'ovaire au début de son évolution. Dans sa simplicité, il nous est de la plus grande valeur dans la démonstration que nous poursuivons.

OBSERVATION XII

PATENKO. — Graviditas ovarialis, *Arch. f. Gyn.*, 1879, n° XIV, p. 436.

Il s'agit d'une pièce conservée au musée d'anatomie pathologique de l'Académie médico-chirurgicale de Saint-Petersbourg. Elle provenait d'une malade veuve d'un soldat, âgée de cinquante-quatre ans, qui était morte après une amputation du pied pour carie. Il fut impossible d'obtenir d'autres renseignements sur son compte.

L'ovaire droit était de la grosseur d'un œuf de poule et contenait un kyste rempli de sérosité. Sur la paroi interne de ce kyste, on trouva un corps d'une couleur jaune et de la grosseur d'une noisette. Il renfermait des petits os cylindriques et plats. A l'examen, on constata que l'on avait affaire à des os de fœtus, et non à un kyste dermoïde. La présence de corps jaunes et de follicules dans les parois de l'enveloppe prouvèrent que le corps était bien un ovaire. La trompe du côté correspondant n'était nullement adhérente au sac. L'extrémité abdominale était close et il n'y avait pas traces de pavillon. Le ligament de l'ovaire droit avait trois centimètres neuf.

Ce cas de grossesse incluse dans la paroi d'un kyste ovarien présente un certain intérêt. Il faut l'admettre

comme grossesse ovarienne à son début, car les conditions requises par Spiegelberg sont au complet, exception faite de l'absence de l'ovaire qui ne saurait exister à un stade aussi peu avancé. La seule discussion possible reposerait sur la nature de ces petits os, qui auraient pu être simplement le contenu d'un kyste dermoïde, mais l'auteur affirme avoir eu affaire à des os de fœtus, et ce cas doit avoir sa place parmi les grossesses ovariennes vraies.

OBSERVATION XIII

KOUWER V. TUSSENBROEK. — Observation citée dans *Centralblatt für Gyn.*, n° 48, 1897, p. 1426 (résumée).

Chez une femme quintipare, âgée de trente-et-un ans, tombée malade avec des symptômes d'hémorragie intra-abdominale, on trouva à la laparotomie une grossesse de six semaines développée du côté droit et rompue, et ayant évolué dans un follicule de de Graaf très net. L'examen très soigneusement fait par Catharine Van Tussenbroek montra que les annexes extirpés du côté droit se composaient d'une trompe normale et d'un ovaire augmenté de volume; il n'existait aucune adhérence entre les deux. A l'extrémité tubaire de l'ovaire était placée une tumeur rouge-brun de la grosseur d'une noix ou d'une petite prune, dont la surface était en continuité directe avec celle de l'ovaire. A son sommet se trouvait une petite ouverture fermée par un caillot, d'où sortaient des villosités rougeâtres. Après ouverture on trouva un fœtus macéré d'une longueur de douze centimètres, couché dans le sac. A l'examen microscopique, on constata que les villosités choriales s'étaient développées sur toute la périphérie du sac. Dans la paroi du sac du côté de l'ovaire, on trouva une couche de cellules conjonctives, qui, bien que transformées en cellules déciduales plus ou moins nécrosées, permirent de reconnaître la structure de la thèque interne du follicule.

Cette observation de Kouwer, par son stade peu avancé et par la simplicité de ses rapports, ne permet pas d'hésiter devant le diagnostic. Il s'agit bien d'un cas de grossesse à son début évoluant dans le tissu même de l'ovaire.

OBSERVATION XIV

MACKENRODT. — *Centralblatt für Gynækologie*, n° 49, 1891.

Il s'agit d'une femme de trente-deux ans, jusqu'à cette époque toujours bien portante et bien réglée. Elle se présente pour des pertes de sang irrégulières, alors que depuis sept semaines les règles avaient cessé. L'examen sous anesthésie montra une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie située du côté gauche ; sa consistance était molle et flasque. Il s'écoulait d'épaisses mucosités, dépourvues cependant de cellules déciduales. On posa le diagnostic de grossesse extra-utérine. Dix jours plus tard, on constata un fort accroissement de la tumeur. Il y avait de grandes douleurs et la température montait à trente-neuf degrés. On décida la laparotomie. On dut libérer la tumeur de nombreuses adhérences. En l'enlevant, elle se rompit et du sang liquide avec des caillots anciens se répandit dans l'abdomen. Le fœtus ne fut pas trouvé. La malade fit une convalescence normale.

La trompe est renflée vers son milieu et présente une épaisseur de deux doigts en ce point, pour redevenir normale près du pavillon. Celui-ci se perd sur une tumeur kystique de l'ovaire de la grosseur d'un œuf de poule, qui s'est rompue pendant l'opération et s'est vidée de son contenu.

A la partie inférieure de la tumeur on reconnaît un reste de tissu ovarien, avec un corps jaune gros comme un haricot qui n'est séparé du kyste que par une mince membrane.

A la partie supérieure de la paroi kystique, se termine l'extrémité normale de la trompe, dans l'intérieur de laquelle une sonde pénètre sans difficulté. La section dans la longueur

montre que la tumeur de la trompe correspond à une cavité remplie de sang. L'examen microscopique montre que l'on a affaire à un hématome du tube. Dans le kyste ovarien, au contraire, on trouve des marques indiscutables de grossesse : un amnios, un chorion, qui se laissent décoller facilement de la paroi, sauf en un point épaissi, place probable du placenta. Le microscope montre les franges choriales.

La signification de la préparation est donc la suivante : il s'agit d'un kyste de l'ovaire, dans lequel s'est développée une grossesse sans participation de la trompe à la formation du sac foetal. Hémorragies. Ecoulement de sang dans la trompe, d'où hématome secondaire.

Bien que cette observation de grossesse extra-utérine n'ait pas des caractères d'une précision absolue, il n'en est pas un qui puisse se retourner contre elle pour la rejeter dans une autre variété que la variété ovarique. Il n'est pas discutable qu'il s'agit là d'un sac foetal, le microscope ayant constaté un chorion et un amnios. Le kyste s'est développé en plein tissu ovarien, et l'on trouve encore des restes de l'organe à la partie inférieure de la tumeur. Enfin, malgré le rapport intime de l'extrémité de la trompe avec le kyste, celui-ci ne paraît nullement constitué à ses dépens, son orifice abdominal étant libre et admettant un stylet. Aussi, admettons-nous l'interprétation de l'auteur comme exacte et faisons-nous une place à ce cas un peu complexe parmi les observations de grossesse ovarienne vraie.

OBSERVATION XV

WILLIGK. — Prager vierteljahr f. Prakt. Heilk., 1889, t. III, p. 59.

Pièce du musée d'Olmütz. Matrice hypertrophiée tapissée d'une caduque. Trompe droite oblitérée à son extrémité libre. Ovaire droit normal.

A gauche les deux feuillets du ligament large enveloppent un sac arrondi, long d'environ sept centimètres, dont la paroi antérieure avec le feuillet péritonéal qui la recouvre, offre une crevasse étendue et irrégulière. Le sac contient avec quelques caillots de sang, un embryon de trois mois environ, entouré en partie d'une membrane. La surface interne du sac est revêtue par un chorion à houppes déliées qui à droite forme un placenta arrondi auquel vient s'insérer un cordon de quatre centimètres de longueur. La paroi fibreuse du sac consistant en fibres élastiques, a au maximum un millimètre d'épaisseur. Lorsqu'on suit la couche péritonéale recouvrant la périphérie postérieure du sac, on arrive directement sur l'ovaire gauche. Celui-ci est en connexion intime avec la paroi postérieure du sac ; il renferme, avec quelques corps jaunes, deux kystes du volume d'une fève, remplis de caillots sanguins. Une incision faite à l'endroit de réunion montre la connexion immédiate existant entre l'ovaire et le sac fœtal, et celle-ci est également prouvée par le microscope, puisque les fibres de l'albuginée de l'ovaire se continuent d'une façon très évidente sur les parois du sac fœtal.

La trompe gauche distincte du sac fœtal, a son extrémité frangée munie d'anciennes adhérences. Cependant à partir de l'ostium abdominal, et dans l'étendue de deux centimètres environ, elle a son calibre habituel. A partir de ce point, la lumière en est complètement oblitérée par un tissu cellulaire à noyaux abondants et ne reparaît qu'au niveau de l'utérus.

Nous voici évidemment encore en présence d'une observation de grossesse ovarienne type, où la précision des détails permet de poser le diagnostic d'une façon catégorique. Sac contenu entre les feuillets du ligament large, présence d'un ovaire intimement uni à la tumeur, l'albuginée se continuant sans transition de l'un sur l'autre, indépendance de la trompe et du sac fœtal, tous les caractères anatomiques sont ici réunis. Il s'agit bien

d'une grossesse de l'ovaire, et le stade de cette grossesse aide à la simplicité des rapports et à l'évidence de la démonstration.

OBSERVATION XVI

WALTER. — *Mon. f. Geburtsk.*, t. XVIII, p. 174.

Femme de quarante ans ; trois accouchements normaux. Fut fécondée le 31 janvier 1857 pendant l'écoulement menstruel. Pendant toute la grossesse douleurs très vives, puis survinrent des symptômes de péritonite qui entraînèrent la mort le 31 octobre.

De l'autopsie, il ressort que l'ovaire droit a été le siège primitif de la grossesse, mais qu'au commencement du quatrième mois, les enveloppes s'étant rompues, le fœtus et le liquide amniotique sont passés dans la cavité abdominale. Cette rupture porta sur les enveloppes et n'entraîna pas d'hémorragie. Le fœtus continua à se développer, mais sa présence amena une péritonite qui finit par devenir mortelle.

L'ovaire droit, encore uni à l'utérus par son ligament propre doublé d'épaisseur, contient dans son intérieur une cavité revêtue du placenta et de laquelle sortent le chorion et l'amnios déchirés. L'ovaire ainsi transformé n'a aucune connexion avec les parties voisines et notamment avec l'ostium abdominal de la trompe correspondante. Le chorion et l'amnios se laissent détacher à l'intérieur de la cavité avec la plus grande facilité jusqu'à l'insertion des vaisseaux ombilicaux, et dans la profondeur de la cavité, on peut même séparer le chorion de l'amnios.

L'observation de Walter nous présente un cas de grossesse ovarienne, qui rentre dans le second type que nous avons décrit, où, le follicule de de Graaf restant ouvert, l'œuf en s'accroissant vient faire saillie à travers l'ouver-

ture non cicatrisée. Tout en conservant son point de départ à l'intérieur de l'ovaire, il finit par devenir intrapéritonéal. Il ne saurait s'agir là de grossesse abdominale primitive, l'implantation de l'œuf s'étant faite à l'intérieur d'une cavité creusée en plein tissu ovarien. La façon dont se comportent les enveloppes, l'insertion des vaisseaux au fond de cette cavité, la position du placenta en sont des arguments sans réplique. Les rapports de l'ovaire, son indépendance avec la trompe, son union avec l'utérus au moyen du ligament ovarien, affirment de leur côté qu'il s'agit là sans aucun doute, d'une grossesse de l'ovaire ayant évolué extérieurement à cet organe et s'étant finalement rompue dans la cavité abdominale. L'origine ovarienne n'en reste pas moins indiscutable.

OBSERVATION XVII

ARNOLD LARSEN. — Observation traduite par TAINURIER et EICHMULLER, *Ann. de Gynécologie*, 1894, t. XLI, p. 435.

Femme de trente-trois ans, primipare. Elle a eu ses dernières règles en août 1891. Elle présenta pendant sa grossesse de vives douleurs dans le bas-ventre avec des troubles de la miction. En décembre la malade sentit des mouvements fœtaux. En avril 1892, elle présenta de vives douleurs expulsives avec léger écoulement sanguin, puis les mouvements fœtaux disparurent. La femme conserva une tumeur dans le petit bassin et commença bientôt à en être très gênée. Elle entra à la clinique où l'examen montra la vacuité de l'utérus et fit poser le diagnostic de grossesse extra-utérine.

La laparotomie fut pratiquée le 27 septembre 1892.

On trouve à droite de l'utérus une tumeur lisse et arrondie qui ne lui est reliée que par la trompe et le ligament large du côté droit. On sectionne la trompe et on détache la tumeur de ses

adhérences avec les anses intestinales. On constate que l'ovaire gauche et la trompe gauche sont normaux. A droite, pas de traces d'ovaire. La malade guérit à la suite de l'opération.

Dans la tumeur, on trouve avec un litre environ de liquide couleur chocolat, un fœtus à terme, du sexe masculin et fortement macéré. Les cheveux et les ongles sont très développés. Il est relié à un gros placenta par un cordon qui n'offre ni nœuds ni circulaires.

L'examen histologique fut fait au musée anatomo-pathologique de Copenhague par le D^r Dalh, prosecteur.

« Le sac fœtal offre une incision sagittale ; le placenta est fixé en haut à la partie postérieure du sac. »

« Le ligament large est soudé à la face antérieure, mais facilement détaché avec les doigts, sauf en dehors et en haut où il se continue directement avec la paroi. A la partie postérieure et en bas, le pavillon de la trompe est fortement adhérent au sac. La trompe elle-même sur une longueur de quatre centimètres et demi est soudée à la face postérieure et à un feuillet ligamenteux. »

« Une grosse artère, poursuivie de bas en haut dans le ligament large se divise en trois branches. L'une s'étend au voisinage de la trompe, une autre pénètre dans l'épaisseur de la paroi utérine et va sur la région placentaire ; elles correspondent aux branches de l'artère utéro-ovarienne.

« Le sac n'est donc formé, ni par la trompe, ni par le ligament large. Nulle part, on ne trouve de traces apparentes de l'ovaire.

« Les parois du sac sont d'épaisseur variable.

« En arrière au niveau du placenta, elle est mince comme une feuille de papier.

« Ailleurs, en avant, elle est massive jusqu'à huit millimètres.

« Sa consistance est fibreuse en avant ; on voit sur la coupe de nombreux orifices vasculaires.

« Au microscope, les coupes de la paroi antérieure (la plus épaisse) offrent de petits groupes de follicules où apparaît nettement la membrane granuleuse, et dans plusieurs ovisacs

plus ou moins bien conservés, on voit nettement les ovules avec la vésicule germinative. »

Le prosecteur Dalh conclut que l'on a affaire à un cas de *grossesse ovarienne type*.

Conformément à l'opinion de l'auteur, nous admettrons cette observation comme un cas de grossesse ovarienne vraie, malgré les rapports intimes du sac avec la trompe et avec le ligament large. En effet, outre que rien dans ces rapports ne prouve que l'un ou l'autre ait participé à la constitution du sac, il est un caractère de première valeur qui nous affirme que l'ovaire en a fourni les éléments, c'est la présence de tissu ovarien dans les parois du sac. Sans cette présence, sans même cet examen microscopique, en l'absence duquel on avait le droit de faire les mêmes suppositions, cette observation eût été à rejeter parmi les cas discutables, faute de preuve certaine. Celle que nous possédons l'est suffisamment pour nous permettre de passer outre des caractères douteux et de considérer ce cas comme un type de grossesse ovarienne vraie.

OBSERVATION XVIII

MOURATOFF. — Étude sur la grossesse ovarienne, *Ann. de Gynéc.*, févr. 1890, p. 81.

Femme de vingt-sept ans ; à vingt-et-un ans, un accouchement normal. Au milieu du mois d'octobre 1887, les règles disparurent. Pendant la grossesse, on constata des malaises, de la fièvre, des hémorragies génitales. Les mouvements fœtaux cessèrent au milieu de juillet, et les symptômes généraux s'accrocentuèrent. On tenta l'accouchement artificiel. La tentative échoua, et la malade vint à Moscou où on constata une grossesse extra-utérine avec suppuration probable dans le sac fœtal.

La laparotomie fut pratiquée le 2 novembre 1888.

On tomba sur un péritoine épaissi dont l'ouverture laissa échapper un liquide sanguinolent d'une odeur insupportable. On y trouva un fœtus qui fut immédiatement extrait. Le placenta était attaché à la partie postérieure du sac fœtal. Le fœtus était à terme, mais macéré et décomposé.

La malade succomba.

A l'autopsie, on constate que l'ovaire gauche est très diminué, l'ovaire droit normal. A gauche de l'utérus et faisant corps avec l'ovaire gauche, on trouve le sac fœtal intimement uni au péritoine. La trompe de Fallope est allongée, sa lumière est libre, sauf à l'extrémité abdominale.

L'examen microscopique montre que la tunique albuginée passe directement de l'ovaire gauche dans la paroi du sac fœtal qui se compose de deux couches, dont l'externe est la prolongation de l'albuginée et l'interne est une production inflammatoire.

Dans cette dernière couche, on remarque par endroits :

a) Des cheveux fins encapsulés, enveloppés d'un réseau de tissu cellulaire, et provenant de la tête du fœtus. La macération de cette dernière était complète.

b) Un cercle large composé d'hématoidine amorphe. Dans la couche extérieure de la paroi du sac fœtal, il se trouve des cavités la plupart arrondies, tapissées à la périphérie d'un épithélium cuboïde et présentant au centre des cellules à angles ? En un mot, des cavités qui rappellent les follicules de l'ovaire.

Résumé. — a) Allongement de la trompe de Fallope gauche ; sous la pression, elle donne la sensation d'un cordon ; la lumière est libre dans toute son étendue, sans être élargie ; le pavillon est normal, non soudé à l'ovaire.

b) Liaison organique et intime du sac fœtal avec l'ovaire gauche ; la tunique albuginée y pénètre directement et en forme la couche périphérique.

c) Les ailerons du ligament large gauche sont très distincts sur la préparation et le sac fœtal est à peine soudé au ligament large correspondant.

L'auteur discute lui-même les caractères de l'observation précitée, et nous nous rallions absolument à ses conclusions: « Si dans le cas précédent, on exclut de la formation du sac foetal la trompe de Fallope, ce qui d'après Werth est de la plus grande importance, et le péritoine pelvien, on ne peut admettre qu'une grossesse ovarienne qui s'est développée dans l'ovaire gauche. Si l'on y ajoute la diminution considérable de l'ovaire gauche et le résultat de l'examen microscopique des parois du sac foetal, je crois pouvoir affirmer que le cas décrit ci-dessus est une grossesse ovarienne.

« Admettre uniquement la soudure du sac foetal avec l'ovaire gauche et non leur liaison organique n'est pas possible; car la tunique albuginée de l'ovaire gauche passe directement dans la paroi du sac foetal, et en compose la couche périphérique.

« L'absence du placenta et de la place de son insertion à la surface interne de la paroi du sac, n'a aucune importance dans le cas présent. Sans parler de mon intime conviction de l'insertion du placenta à la paroi interne du sac foetal, ce dont on a pu facilement se convaincre pendant l'opération, ni de la marche de la putréfaction qui s'était produite dans le sac foetal avant l'opération, etc., j'arrive aux conclusions suivantes : la malade est morte plus de deux mois après l'opération, période plus que suffisante pour l'involution, si l'on peut s'exprimer ainsi, de la paroi du sac foetal, et il est possible que la partie où se trouvait le placenta se soit involuée la première. Il se peut aussi que, par suite des modifications survenues dans le cours de ces deux mois après l'opération, on n'ait pu trouver de follicules bien caractéristiques de l'ovaire,

mais seulement des touffes fibreuses de tunique albuginée de l'ovaire. Il ne reste plus que la question de la partie intacte de l'ovaire où s'est développée la grossesse extra-utérine. Il me semble qu'on ne peut poser comme condition catégorique l'absence complète de l'ovaire, correspondant à la grossesse extra-utérine, si l'on prend en considération les circonstances qui suivent :

1° Pour diagnostiquer une grossesse ovarienne, tous les gynécologues n'admettent pas comme critérium l'absence complète de l'ovaire ;

2° Les cas de grossesses ovariennes étudiées jusqu'ici sont très peu nombreux et ne peuvent nous fournir un critérium irréfutable pour la grossesse ovarienne ;

3° On trouve dans la littérature médicale des données macro et microscopiques où l'ovaire dans lequel s'était développée la grossesse extra-utérine ovarienne, n'était que diminué et non détruit ;

4° Dans le cas précédent, comme on en a eu la preuve évidente par la préparation anatomique, ni la trompe de Fallope, ni le péritoine qui l'entoure, n'ont pris part à la formation du sac fœtal.

« En m'appuyant sur les preuves que je viens d'exposer, je conclus que ce cas est une grossesse ovarienne extra-utérine. »

OBSERVATION XIX

CONDAMIN. — *Lyon-Médical*, 2 mars 1902, p. 301.

B. C., trente-neuf ans, de Charentière. Rien à signaler dans sa jeunesse. Réglée pour la première fois à douze ans, elle l'a toujours été avec une avance de quatre à cinq jours. Mariée à dix-huit ans, elle fit six mois après une fausse couche dont elle

se remit vite. En 1893, elle voit cesser ses règles au mois de novembre. Elle présenta les mois suivants tous les phénomènes extérieurs et habituels d'une grossesse normale. Elle remarqua cependant une ampliation de l'abdomen plus marquée à droite qu'à gauche. En 1894, elle ressentit au cours du mois de juillet des douleurs qu'elle rattacha au terme de sa grossesse et fit appeler une sage-femme pour l'accoucher. Les douleurs siègeaient surtout dans l'abdomen, à droite, avec irradiation particulièrement douloureuse dans la région sacrée.

Dans les premiers jours des douleurs, les seins de cette malade qui avaient augmenté de volume pendant toute la durée de la grossesse commencèrent à laisser échapper une grande quantité de lait, et cela pendant trois jours consécutifs. Après ce laps de temps, l'écoulement diminua progressivement et les seins revinrent à leur état habituel.

Les douleurs du faux-travail, sans qu'il s'écoulât rien par le vagin, durèrent quatre jours complets, puis elles diminuèrent et cessèrent complètement pour revenir, mais sensiblement atténuées deux mois après, à l'occasion de la réapparition des règles.

L'abdomen resta volumineux : mais la malade affirme qu'il diminua progressivement pendant les trois premières années qui suivirent cet événement qui ne fut pas interprété.

Au mois de janvier 1895, la malade un peu préoccupée de l'état anormal de son abdomen, se décida à aller consulter un chirurgien qui lui parla de fibrome à opérer. Elle refusa cette intervention, ne ressentant aucune douleur, mais une simple gêne par suite du développement de son abdomen. Les règles étaient devenues normales et, dans la suite, elle vit encore son ventre diminuer sensiblement de volume.

En novembre 1901, elle présenta des coliques néphrétiques, et son médecin, assisté du D^r Repelin, fit le diagnostic de grossesse extra-utérine et lui conseilla une intervention pour laquelle elle entra à la Charité, où on put l'examiner.

Cette femme présentait à ce moment un abdomen distendu à droite, par la présence d'une tumeur dure, ligneuse et même

de consistance calcifiée qui remontait un peu plus haut que l'ombilic. La pression sur elle ne provoquait aucune douleur locale, mais quelques irradiations, du côté du membre inférieur correspondant. Par le toucher, on sentait le col utérin réjeté à gauche par une tumeur calcaire qui distendait les culs-de-sac latéral et postérieur. On ne pouvait limiter le corps utérin, mais par le toucher, on trouvait une légère séparation entre la tumeur et celui-ci. Le diagnostic porté alors fut : Grossesse extra-utérine avec présence probable d'un lithopœdion.

La malade, qui souffrait depuis quelque temps de douleurs irradiées assez vives, accepta l'opération qui fut pratiquée dans les premiers jours de janvier 1902.

Opération. — Après les précautions d'usage, la malade est opérée sur le lit de Trendelenburg en inversion. Après l'incision des parois abdominales, on tombe sur une tumeur recouverte par l'épiploon qui lui adhère faiblement et dont on le détache assez rapidement. On voit alors très nettement une masse blanchâtre, nacréée dans certains points, située en arrière du ligament large droit. Nous constatons avec nos aides, le D^r Repelin et M. Cognard, interne du service, que l'utérus déjeté à gauche est normal, flanqué de ses deux trompes également normales et saines. A celle de gauche est annexé un ovaire un peu volumineux, mais sain. A droite, l'ovaire est représenté par la tumeur que nous continuons à séparer de quelques adhérences de voisinage, notamment à l'appendice et à une anse intestinale. L'appendice, sensiblement allongé et assez maltraité pendant la manœuvre de décortication, dut être réséqué. Il était adhérent au kyste fœtal, mais celui-ci ne paraissait nullement, comme dans certaines tumeurs à développement intra-ligamenteux, avoir dédoublé le méso-appendice.

Le pédicule de la tumeur était assez large et correspondait à l'entrée des vaisseaux.

Péritonisation soigneuse des surfaces cruentées. On constate de nouveau avant de refermer l'abdomen, que l'ovaire droit n'existe pas et que l'utérus, les deux trompes et l'ovaire gauche

ne présentent rien d'anormal. En raison d'un suintement sanguin vers le fond du Douglas, on fait, après fermeture de l'abdomen, un drainage vaginal.

Les suites opératoires furent des plus simples. La malade n'eut qu'un jour une température de 38°2 qui retomba à 37°5 après la purgation du troisième jour. Au cinquième jour, on supprima le drainage vaginal et au quinzième, elle put rentrer chez elle.

Examen de la pièce anatomique. — Pendant l'opération, elle dut être perforée par le tire-fibrome, pour faciliter par des tractions sa sortie de l'abdomen et le décollement des adhérences. Le tire-fibrome s'était implanté dans la hanche du fœtus, ce qui donna lieu à une excellente prise. Les parois du kyste sont partout uniformes, blanchâtres, parfois variées. En aucun point, il ne semble que l'enveloppe ne comprenne que du péritoine. Dans cette hypothèse, on s'expliquerait mal, du reste, la facilité relative de l'ablation de la totalité du kyste. La paroi étant incisée, on tombe sur un fœtus bien développé, paraissant à terme d'après le signe des ongles, mais nullement pétrifié, comme nous l'avions cru tout d'abord.

A noter que le point d'implantation du placenta correspond assez exactement à l'entrée des vaisseaux ovariens. Il se décolle facilement de sa surface d'implantation. Le fœtus fortement pelotonné sur lui-même est bien conservé. Il y a cependant du côté de la tête du chevauchement des os, notamment des pariétaux.

L'examen histologique de la paroi du kyste ne put être fait d'une façon bien scientifique, la pièce, pour être présentée intacte à la Société de Chirurgie de Lyon, ayant séjourné un certain temps dans le liquide de Müller. Macroscopiquement, on ne distingue rien qui rappelle un follicule. Tout ce qu'on peut dire, c'est que la paroi donnait l'impression visuelle et tactile de certaines tumeurs de l'ovaire. Au reste, il serait peu vraisemblable, après sept ans de distension de parois profondément modifiées, de pouvoir retrouver au point de vue histologique, quelque chose qui ressemblât à du tissu ovarien.

L'examen microscopique a été pratiqué sur une coupe de la paroi du sac fœtal par notre camarade et ami le Dr Aubert, au laboratoire d'histologie de M. le professeur Renaut.

« L'examen de la coupe révèle deux faces. On constate que :

1° La première face est constituée par une membrane qui semble en un point de la préparation se détacher du reste de la pièce, par endroits filiforme ; plus loin, elle est épaisse et semble nettement formée de cellules du type endothélial. On y voit de gros noyaux. Pas de limites cellulaires.

2° Au-dessous, une couche très épaisse occupant plus de la moitié de la préparation et apparaissant à un faible grossissement comme constituée de glandes, de vaisseaux sanguins, de fibres musculaires, et de cellules très nombreuses infiltrant toute l'épaisseur de la couche.

a) Les fibres musculaires lisses, très abondantes, se trouvent dans toute la coupe, elles sont dirigées dans tous les sens, elles sont moins abondantes à mesure qu'on se rapproche de la couche sous-jacente.

b) Les vaisseaux sont très nombreux ; ils sont de toute grosseur, gorgés de sang, leur paroi *très épaisse* est formée de fibres musculaires lisses.

c) Infiltrant toute la préparation, on voit des quantités de cellules colorées en bleu par l'hématéine, groupées les unes en amas et les autres dispersées, répandues autour des vaisseaux, autour des glandes, sur le trajet des fibres musculaires lisses et dans leur intervalle. Ces cellules semblent être des cellules embryonnaires et des globules blancs sortis par diapédèse des vaisseaux sanguins.

d) Des glandes rares, mais très nettes, dont les acini coupés en travers présentent une lumière large, vide, et un épithélium formé d'une seule couche de cellules, ces cellules sont très hautes et très minces, leur protoplasma occupe la partie supérieure ; il est coloré en rose par l'éosine, le noyau, au contraire,

à la base, est très gros, allongé, et coloré en bleu très foncé par l'hématéine. Ces glandes, en certains points, sont comme entourées d'une triple rangée de cellules embryonnaires, elles aussi fortement colorées. On ne voit pas de vaisseaux auprès des glandes. Dans quelques glandes, on voit dans la lumière quelques masses de mucus. L'épithélium est partout continu. Ces glandes qui existent dans la partie supérieure de la coupe en sont complètement absentes dans la partie inférieure.

e) Enfin entre les fibres musculaires lisses, on voit de fines fibrilles élastiques.

3° La couche qui vient au-dessous est formée de tissu scléreux extrêmement développé, nous apparaissant sous forme de masses rouge pâle, disposées en tourbillons et dans lesquelles il est impossible de reconnaître une structure histologique quelconque. Autour de ces masses, on voit du tissu cellulaire lâche avec des fibres élastiques. On note dans cette couche que les vaisseaux sont très abondants et qu'il y a en de nombreux points des hémorragies qui nous apparaissent sous forme de masses vertes, infiltrant tous les éléments dans les préparations qui ont été colorées par le picro-carmin.

4° La quatrième couche est formée de tissu conjonctif lâche, de fibres musculaires lisses, avec des vaisseaux. Elle n'existe que par places sur la coupe.

Il n'y a pas de follicules de de Graaf, pas de glandes de l'ovaire.

Dans cette observation, à toutes les conditions requises par Lawson Tait se retrouvent :

Intégrité de l'utérus et des deux trompes.

Absence de l'ovaire du côté droit de la tumeur.

Présence de celui-ci du côté opposé.

Quant à la question de savoir si l'ovaire seul a contribué à former la paroi du kyste ou si la portion du hile que pénètrent les vaisseaux y a joué un rôle prépondérant,

comme semble l'indiquer son extrême développement au contact du placenta, la chose importe peu.

« Le développement rapide de certaines tumeurs ovariennes démontre bien que l'ovaire peut participer à une distension presque illimitée et par suite permettre à un fœtus de volume normal d'être contenu dans des parois dont le tissu ovarien ou juxta-ovarien du hile a fait tous les frais. »

Les éléments ovariens seuls font défaut dans la paroi du sac, saurait-il en être autrement, dans un cas de grossesse aussi prolongée? Cette observation n'en est pas moins un très remarquable exemple de grossesse ovarienne, vu la précision de ses caractères, sa très longue durée et l'état de conservation parfaite du fœtus.

OBSERVATION XX

LÉOPOLD. — Ovarialschwangerschaft mit Lithopædionbildung von 35 jährige Dauer, *Arch. f. Gyn.*, Bd XIX, p. 210.

Femme de soixante-quinze ans. Huit grossesses. Après la quatrième, vers l'âge de quarante ans, cette femme devint de nouveau enceinte et présenta des symptômes de grossesse extra-utérine, qui évolua sans aucune gêne pour la malade.

Le fœtus mourut vraisemblablement vers la fin de la grossesse et n'occasionna aucune gêne ultérieure. Les trois accouchements qui suivirent furent faciles et normaux.

La tumeur située dans le bas-ventre devint de plus en plus dure et résistante, présentant les caractères d'un lithopædion. Elle fut supportée sans aucune gêne par la femme jusqu'à l'âge avancé.

A l'autopsie, on constate que la tumeur présente les carac-

tères suivants : Elle a une forme vaguement triangulaire, dont le sommet constitué par la tête du lithopœdion est tourné en bas. Elle est entourée par un réseau graisseux qui la sépare des organes voisins. Les rapports avec ceux-ci sont les suivants : la trompe droite est absolument libre, le ligament de l'ovaire correspondant est en position normale, il présente 3 à 4 centimètres de long, mais l'ovaire droit manque et à l'examen macroscopique, la tumeur paraît bien être située à la place de l'ovaire droit manquant.

L'utérus atrophié est aplati d'avant en arrière, sur son côté gauche s'étend le ligament large avec la trompe, l'ovaire atrophié et le ligament ovarien.

Si l'on ouvre la tumeur, on trouve une coque calcaire dont l'épaisseur atteint, suivant les points considérés, 2 à 7 millimètres.

L'auteur défend ainsi son diagnostic :

« Il s'agit là sans aucun doute possible d'une grossesse de l'ovaire, Spiegelberg donne comme caractères : 1° absence d'ovaire d'un côté ; 2° présence des éléments ovariens dans la paroi du sac ; 3° union du sac fœtal avec l'utérus par le ligament ovarien.

Ici, tous ces caractères sont réunis, à part un seul :

L'ovaire droit manque. Sa place est occupée par le sac fœtal. Celui-ci est bien réuni à l'utérus par le ligament ovarien. La trompe droite est absolument libre. Par contre, la preuve n'a pas été faite qu'il existât des éléments ovariens dans la paroi du sac. »

Or, nous savons que l'on ne saurait exiger cette preuve d'un sac fœtal conservé aussi longtemps au sein de l'organisme maternel. Ici, bien qu'il n'ait pas été prouvé par un examen microscopique que ces éléments ovariens fussent absents, cette absence est très probable. Mais les

autres caractères de cette observation sont d'une trop grande netteté pour permettre d'infirmier le diagnostic de grossesse de l'ovaire. A ce titre, nous l'acceptons comme un très bel exemple à l'appui de notre thèse, tant pour la valeur de ses caractères anatomiques que pour la longue conservation de son lithopœdion.

CHAPITRE IV

Pathogénie et histoire clinique

La fécondation de l'ovule au sein de l'organe producteur est donc un fait rare, mais certain. Elle exige pour se produire un ensemble de conditions dont la réunion est d'autant plus difficile qu'elle nécessite un trouble portant à la fois sur l'évolution normale du spermatozoïde et sur celle de l'ovule. Le spermatozoïde vient féconder l'ovule, fixée au sein du follicule générateur par un processus dont l'explication nous échappe. La plupart des auteurs qui ont cherché à établir la pathogénie du phénomène ont signalé la complexité de ces conditions et ont trouvé en elles l'explication de la rareté de cette fécondation.

« La rareté du phénomène trouve son explication dans les conditions particulières qui en préparent la genèse. Pour que la conception puisse avoir lieu sur l'ovaire, deux conditions sont en effet indispensables : 1° la progression des spermatozoïdes jusqu'à cet endroit; 2° la fixation de l'ovule au sein de l'ovisac ouvert.

« Ces conditions, tout en étant également nécessaires, ne sont pas d'égale compréhension. Tandis que la pre-

mière est facile à saisir, vu l'extrême mobilité des animalcules et leur étonnante faculté de locomotion, la seconde semble contredite par la faculté qu'a l'ovule de quitter la vésicule aussitôt après sa déhiscence. Pour le dire en passant, c'était là un argument qu'on a fait valoir contre la possibilité de cette grossesse, et c'est encore aujourd'hui la seule explication qui puisse être donnée de son extrême rareté.

« Quant aux causes qui produisent ce renversement des lois physiologiques, elles sont tout à fait inconnues. On en est réduit à supposer que l'expulsion de l'ovule a rencontré un obstacle imprévu, mais on est impuissant à déterminer les causes qui ont concouru à le faire naître. Tandis que dans les autres variétés de grossesse extra-utérine, il est à la rigueur possible de trouver dans les antécédents de la femme une explication quelconque du phénomène anormal, rien ne met ici sur la voie d'une hypothèse plausible. On peut présumer tout au plus qu'il y a eu adhérence de l'ovule aux parois de l'ovisac, ou bien fermeture prématurée de la vésicule; mais on ne saurait préciser les conditions qui amènent l'une ou l'autre éventualité. » (Puech).

Klob a cherché à expliquer la raison pour laquelle l'ovule est retenu dans le follicule dans ce fait que dans ces cas, le monticule germinatif ne se trouve pas à la surface de l'ovaire. Il lui paraît invraisemblable que les spermatozoïdes puissent pénétrer à travers cette surface non ouverte, quelque soit l'amincissement de la paroi du follicule.

Lawson Tait a signalé de son côté la complexité du phénomène. Pour lui, l'imagination seule pouvait créer

un ensemble de conditions capables d'amener une grossesse au sein de l'ovaire lui-même. Et de la difficulté de cette conception, il faisait une arme contre la possibilité du phénomène, presque une preuve contre elle.

« Si nous considérons pour un moment la chaîne des circonstances qui seules pourraient nous conduire à un incident de ce genre, nous pouvons facilement comprendre en premier lieu, combien rare doit être sa production, et, en second lieu, combien il est difficile de prouver, ce qui est absolument nécessaire, que l'ovule s'était développé dans le follicule qu'il n'avait jamais quitté. Il nous faut imaginer tout d'abord que le spermatozoïde a traversé toute la longueur de la trompe de Fallope, circonstance qui doit être d'une extrême rareté, si les idées que j'ai émises sur la physiologie de l'oviducte sont exactes. Nous devons admettre que l'événement doit s'être produit au moment où le pavillon embrassait l'ovaire, et que l'embrassement a dû se faire au moment où le follicule était prêt à se rompre. C'est quand ces faits se sont accomplis que les phénomènes les plus extraordinaires de l'opération doivent se produire : l'ovule, au lieu de quitter le follicule au moment de la rupture doit y rester ; le spermatozoïde doit pénétrer par la rupture ; la rupture doit ensuite se cicatriser, l'ombilic doit se refixer sur l'épithélium qui tapisse le follicule ; enfin le développement de l'ovule doit se faire dans les parois de sa demeure primitive. En supposant que cette suite d'opérations extraordinaires se soit produite, il ne serait pas impossible d'imaginer que le follicule puisse se distendre, comme il le fait dans le cas de tumeur kystique, et que nous puissions avoir un cas de grossesse ovarienne vraie. »

Or, si extraordinaire soit-elle, cette longue suite d'opérations peut se produire, puisque nous avons des exemples incontestables de grossesses ayant évolué et étant même parvenues à maturité dans de semblables conditions.

Le fait est donc avéré. Cherchons maintenant à le déceler avant qu'une opération ou qu'une autopsie nous permette d'en poser le diagnostic avec certitude. Malheureusement, la grossesse de l'ovaire n'a pas une symptomatologie propre, et il n'existe pas jusqu'ici de signe pathognomonique qui nous permette de la différencier des autres variétés de grossesse extra-utérine. Son histoire est celle des grossesses tubaires, à en juger tout au moins par les rares exemples qui ont été étudiés jusqu'ici. Elle semble cependant déterminer en général moins de malaises que n'en présente cette autre variété.

De même que son évolution, la terminaison de la grossesse de l'ovaire est variable et ne paraît soumise à aucune règle fixe. Elle peut atteindre les derniers mois, le terme normal, se prolonger même; mais aussi bien le sac peut se rompre et amener la mort.

Dans le cas de Frantz, la grossesse donna lieu, dès son début à des hémorragies inquiétantes, qui amenèrent une intervention chirurgicale. On trouva des débris fœtaux.

En revanche, le cas cité par Patenko ne fut qu'une trouvaille de musée. Il s'agissait d'un kyste ovarien pur dans lequel on trouva une grossesse au début.

La malade de Kouwer eut, à la sixième semaine, une rupture du sac fœtal avec hémorragie foudroyante d'où résulta la mort.

Celle de Mackenrodt présenta des pertes de sang irrégulières, puis de vives douleurs. A l'opération, on trouva

un kyste de l'ovaire, dans lequel s'était développée une grossesse. Hémorragie et écoulement de sang par la trompe avec hématome secondaire.

Dans le cas de Willigk, il se produisit au troisième mois, une rupture suivie d'hémorragie et de mort.

Chez la malade de Walter au contraire, la rupture eut bien lieu mais sans hémorragie, par rupture simple du kyste. Il se fit une grossesse abdominale qui évolua à terme et amena alors la mort de la mère.

L'observation de Larsen est un exemple de grossesse de l'ovaire ayant évolué sans grands malaises. Au neuvième mois, mort du fœtus. Au onzième mois, laparotomie, extraction d'un fœtus macéré; la malade guérit.

La grossesse que cite Mouratoff parvint également à maturité, mais après la mort du fœtus, le sac fœtal entra en suppuration. Malgré l'opération faite à la fin du douzième mois et qui donna un fœtus décomposé et macéré, la malade mourut.

Le cas publié par M. le professeur Condamin est remarquable par la longue durée de la grossesse, qui se prolongea sans sérieux accident pendant huit ans, et par l'état de parfaite conservation du fœtus. La malade supporta bien l'opération faite dans le but de la débarrasser de sa tumeur, et guérit parfaitement.

Enfin, la malade de Léopold supporta pendant trente-cinq ans un fœtus qui n'occasionna aucun trouble sérieux. Malgré sa tumeur, la femme eut encore trois accouchements normaux et vécut jusqu'à un âge avancé. Ce n'est qu'à l'autopsie que l'on trouva un sac fœtal contenant un lithopœdion excessivement réduit.

Tels sont les principaux incidents et les terminaisons

auxquels la grossesse ovarienne donne lieu. En tirer des règles pour un diagnostic précis est difficile, mais on peut en tirer quelques enseignements pour l'avenir. Nous avons remarqué qu'une terminaison assez fréquente est la rupture du follicule fécondé avec hémorragie. Il en découle une règle de conduite utile à suivre à l'avenir en présence de toute hémorragie de l'ovaire. Mendes de Léon et Holleman l'ont précisée dans un article récent :

« Tous les cas d'hématome ovarien devront être examinés à ce point de vue, même quand l'anamnèse et les symptômes cliniques ne favoriseront pas la supposition d'une conception antérieure. Nous avons consulté la littérature gynécologique depuis 1885 au sujet des hémorragies ovariennes ; 11 cas seulement s'y trouvent consignés. Sans doute, la rareté de ces cas tient en grande partie au fait que beaucoup d'hémorragies se produisent sans symptômes, ou bien à ce que les symptômes objectifs eux-mêmes donnent lieu à un diagnostic erroné, et que ce ne sont que les cas qui ont nécessité une intervention chirurgicale qui ont été reconnus pour ce qu'ils étaient.

Rollin dans sa thèse s'exprime ainsi :

« Les hémorragies de l'ovaire, dit-il, sont moins rares qu'on ne le croit, elles ne méritent pas l'oubli dans lequel elles sont tombées, car leur intérêt est réel. »

« Parmi les 11 cas cités, il n'y en avait qu'un seul qui avait fait penser à la possibilité d'une grossesse, de sorte que l'examen microscopique fut dirigé dans ce sens. Le résultat fut cependant négatif. Du moins, nous trouvons mentionné que dans le caillot sanguin, il ne se trouvait point de villosités. »

En résumé, dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible de déceler une grossesse de l'ovaire, a quelque stade que ce soit. Tout au plus, pourra-t-on diagnostiquer en général une grossesse extra-utérine, mais rien dans les signes fonctionnels ni dans les symptômes objectifs ne nous mettra sur la voie du diagnostic précis. Seul un accident d'évolution permettra de le poser d'une façon ferme, au moyen d'une intervention chirurgicale ou encore d'une autopsie.

Aussi les indications chirurgicales de la grossesse de l'ovaire sont-elles celles des grossesses extra-utérines en général. Il faut faire la gastrotomie, si la grossesse est avancée. On peut avoir l'espoir de sauver le fœtus. Encore cette opération n'est-elle pas sans danger pour la mère, car on court le risque, en incisant le sac fœtal, de tomber sur le placenta et d'amener une hémorragie dont l'arrêt ne sera pas sans difficultés.

CONCLUSIONS

I. — La grossesse de l'ovaire longtemps contestée est un fait rare, mais certain.

II. — Un ensemble nécessaire de certaines conditions peut seul permettre un diagnostic anatomique précis. Il faut constater :

1° L'absence de l'ovaire correspondant ;

2° L'union du sac foetal à l'utérus par le ligament ovarien ;

3° La présence du tissu ovarien dans les parois du sac ;

4° L'indépendance de la trompe et du sac foetal.

Encore le premier et le troisième de ces caractères demandent-ils à être précisés selon le stade d'évolution du cas observé.

III. — Beaucoup des observations publiées comme grossesses ovariennes ne sauraient entrer dans ce cadre. Une dizaine seulement résistent à une critique sérieuse et peuvent être considérées comme des grossesses ovariennes vraies.

IV. — Cette grossesse exige pour se produire un ensemble de conditions dont la complexité explique l'extrême rareté des cas publiés. Elle a une symptomatologie qui lui est commune avec les autres variétés de grossesses extra-utérines. Ses terminaisons sont variables, Son diagnostic ne peut être précisé que sur la table d'opérations ou à l'amphithéâtre. En conséquence, ses indications thérapeutiques sont celles des grossesses tubaires en général.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
FOCHIER.

Vu :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
Président du Conseil de l'Université,
G. COMPAYRE.

BIBLIOGRAPHIE

- COHNSTEIN. — Beitrag zur Schwangerschaft ausserhalb der Gebaermutterhoehle. *Archiv. f. Gyn.*, vol. XII, p. 355.
- COURTY. — Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes, 1866, p. 994.
- DORAN ALBAN (for Arthur Beale). Fœtus in peritoneal cavity; question of abdominal gestation, with a summary of reported cases of primary abdominal and ovarian pregnancy. Transactions of the obstetrical Society of London, vol. XXXV, 1893, p. 222.
- GOTTSCHALK. — Ovarialschwangerschaft aus der dritten bis vierten Woche der Graviditaet. *Centralbl. für Gyn.*, 1886, n° 44, p. 727.
- HALL DAVIS et LAWSON. — *The Lancet*, 14 juillet 1877.
- HECKER. — Mon. f. Geburtstk, t. XIII, p. 84.
- HESS. — Mon. f. Geburtstk, t. XXXIV, p. 240.
- *Berlin. Klinisch. wochenschr.*, 1869, n° 34, p. 361.
- KOUWER. — Een Geval van Ovarialszwangerschap (Zwangerschap in een Graaffschen Follikel).
- *Nederlaasch. Tijdschr. voor Verlosk. en Gynœc.*, Jahrg. VIII, n° 3 (Litteratur).
- LANDAU. — *Archiv. für Gynæk.*, Bd. XVI.
- LARSEN ARNOLD. — Observ. traduite par Tainturier et Eichmüller, *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1894, t. XLI, p. 135.
- LAWSON TAIT. — Maladies des ovaires, 1886, p. 295.
- LÉOPOLD. — Ovarialschwangerschaft mit Lithopœdionbildung von 35 jahrige Dauer, *Arch. f. Gyn.*, Bd XIX, p. 210.
- MACKENRODT. — *Centralbl. f. Gyn.*, 1891, p. 1004.
- MENDES DE LÉON et HOLLEMAN. — *Revue de Gynécologie*, de Pozzi, p. 387, 1902.

- MOURATOFF. — Étude sur la grossesse ovarienne. *Archives de Gyn.*, 1890, t. XXXIII, p. 81.
- MARTIN. — Die krankheiten der Eierstoecke, 1899, p. 911.
- OLIVER. — Ovarialpregnancy, operation (sac containing fœtus and placenta removed intact), recovery ; experiment with Roentgen rays. *The Lancet*, July. 23, 1896, p. 241.
- PATENKO. — Graviditas ovarialis von Kurzer Dauer. *Arch. f. Gyn.*, 1879, Bd. XIV, p. 136.
- PUECH. — Grossesse de l'ovaire. *Annales de Gyn.*, 1878, t. X, p. 1.
— Traitement des grossesses extra-utérines. *Annales de Gyn.*, 1879.
- RAYMOND. — *Annales de Gynécologie*, II, juillet, 1874, p. 67.
- ROLLIN. — Thèse de Paris, 1889.
- SAENGER. — Graviditas ovarico-abdominalis. *Centralb. für Gyn.*, 1890, p. 522.
- SCHROEDER CARL. — Manuel d'accouchements, p. 376.
- SPIEGELBERG. — Zur Casuistik der Ovarialschwangerschaft. *Arch. für Gyn.*, Bd. XIII, p. 73.
- TOTH. — Beitræge zur Frage der ectopischen Schwangerschaft. *Arch. für Gyn.*, 1896, Bd. 31, p. 410.
- VELPEAU. — Article dans le Dictionnaire de médecine.
- WALTER. — Mon. f. Geburtsk., t. XVII, p. 174.
- WEBSTER. — Ectopic pregnancy, 1893.
- WILLIGK. — Prager Vierteljahrsschr., 1869, vol. t. XIII, p. 79.

